



HAL
open science

Pourquoi et comment introduire l'hypnose au cabinet dentaire ?

Jacques Prieur

► **To cite this version:**

Jacques Prieur. Pourquoi et comment introduire l'hypnose au cabinet dentaire ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01738989

HAL Id: hal-01738989

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738989v1>

Submitted on 20 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

ACADEMIE DE NANCY-METZ

**UNIVERSITE HENRI POINCARÉ NANCY I
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

Année 2010

N° 3439

THESE

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR
EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Par

Jacques PRIEUR

Née le 23 octobre 1981 à Montbéliard (Doubs)

**POURQUOI ET COMMENT INTRODUIRE L'HYPNOSE
AU CABINET DENTAIRE ?**

Présentée publiquement le 04 / 11 / 2010

Examineurs de la thèse :

Mr J-P LOUIS

Mr D.VIENNET

Mr J.BALLY

Melle A.SOURDOT

Professeur des universités

Maître de conférences des universités

Assistant Hospitalier Universitaire

Assistant Hospitalier Universitaire

Président

Juge

Juge

Juge

Président : Professeur J.P. FINANCE

Doyen : Docteur Pierre BRAVETTI

Vice-Doyens : Pr. Pascal AMBROSINI - Dr. Jean-Marc MARTRETTE

Membres Honoraires : Dr. L. BABEL - Pr. S. DURIVAUX - Pr. G. JACQUART - Pr. D. ROZENCWEIG - Pr. M. VIVIER

Doyen Honoraire : Pr. J. VADOT

Sous-section 56-01 Odontologie pédiatrique	Mme <u>DROZ Dominique (Desprez)</u> M. PREVOST Jacques M. BOCQUEL Julien Mlle PHULPIN Bérengère M. SABATIER Antoine	Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistant
Sous-section 56-02 Orthopédie Dento-Faciale	Mme <u>FILLEUL Marie Pierryle</u> M. BOLENDER Yves Mlle PY Catherine M. REDON Nicolas	Professeur des Universités* Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 56-03 Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale	M. <u>Par intérim ARTIS Jean Paul</u> Mme JANTZEN-OSSOLA Caroline	Professeur 1 ^{er} grade Assistant
Sous-section 57-01 Parodontologie	M. <u>AMBROSINI Pascal</u> Mme BOUTELLIEZ Catherine (Bisson) M. MILLER Neal M. PENAUD Jacques M. GALLINA Sébastien M. JOSEPH David	Professeur des Universités* Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant
Sous-section 57-02 Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique Anesthésiologie et Réanimation	M. <u>BRAVETTI Pierre</u> M. ARTIS Jean-Paul M. VIENNET Daniel M. WANG Christian M. BALLY Julien M. CURIEN Rémi Mlle SOURDOT Alexandra	Maître de Conférences Professeur 1er grade Maître de Conférences Maître de Conférences* Assistant Assistant Assistante
Sous-section 57-03 Sciences Biologiques (Biochimie, Immunologie, Histologie, Embryologie, Génétique, Anatomie pathologique, Bactériologie, Pharmacologie)	M. <u>WESTPHAL Alain</u> M. MARTRETTE Jean-Marc Mlle ERBRECH Aude	Maître de Conférences* Maître de Conférences* Assistante Associée au 01/10/2007
Sous-section 58-01 Odontologie Conservatrice, Endodontie	M. <u>ENGELS-DEUTSCH Marc</u> M. AMORY Christophe M. MORTIER Eric M. CUNY Pierre M. HESS Stephan Mlle PECHOUX Sophie	Maître de Conférences Maître de Conférences Maître de Conférences Assistant Assistant Assistante
Sous-section 58-02 Prothèses (Prothèse conjointe, Prothèse adjointe partielle, Prothèse complète, Prothèse maxillo-faciale)	M. <u>SCHOVER Jacques</u> M. LOUIS Jean-Paul M. ARCHIEN Claude M. DE MARCH Pascal M. BARONE Serge Mlle BEMER Julie Mlle RIFFAULT Amélie Mlle MONDON Hélène M. SIMON Franck	Maître de Conférences Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistant Assistante Assistante Assistant
Sous-section 58-03 Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie	Mlle <u>STRAZIELLE Catherine</u> M. RAPIN Christophe (Section 33) Mme MOBY Vanessa (Stutzmann) M. SALOMON Jean-Pierre Mme JAVELOT Cécile (Jacquelin)	Professeur des Universités* Professeur des Universités* Maître de Conférences* Maître de Conférences Assistante Associée au 01/01/2009

souligné : responsable de la sous-section

*temps plein

Mis à jour le 01.02.2010

Par délibération en date du 11 décembre 1972, la faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A notre président de thèse,

Monsieur le professeur Jean-Paul LOUIS,

Officier des Palmes Académiques

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en Sciences Odontologiques

Docteur d'Etat en Odontologie

Professeur des Universités

Membre de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Sous-section : Prothèses

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Vous avez su nous transmettre votre savoir et votre passion, toujours avec patience et bienveillance.

Votre disponibilité pour patients et étudiants, ainsi que votre investissement pour votre tâche, sont à la hauteur de vos talents. Veuillez trouver ici un témoignage de gratitude et de profond respect pour vos qualités humaines, odontologiques et pédagogiques.

A notre juge et directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Daniel VIENNET,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en sciences Odontologiques

Maitre de conférences des Universités

Sous section : Chirurgie buccale – Pathologie et Thérapeutique,

Anesthésiologie et Réanimation

Nous apprécions l'honneur que vous nous faites en acceptant de faire partie de notre jury de thèse, ainsi qu'en acceptant de diriger nos travaux.

Vous avez accepté sans hésiter de nous aider à conduire ce sujet si particulier.

Veillez trouver ici mes plus sincères remerciements.

A notre juge,

Monsieur le Docteur Julien BALLY,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistant hospitalo-universitaire à la faculté d'Odontologie de Nancy

Sous-section : Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique

Nous tenons à vous remercier pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de faire partie de notre jury, tout comme nous vous remercions pour votre franchise et votre humour en toutes circonstances.

Veillez trouver ici le témoignage de notre gratitude pour votre sympathie et vos compétences.

A notre juge,

Monsieur le Docteur Alexandra SOURDOT,

Docteur en Chirurgie Dentaire

Assistant hospitalo-universitaire à la faculté d'Odontologie de Nancy

Sous-section : Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez porté à nos travaux. Votre acceptation exempte d'hésitations pour faire partie de notre jury est pour nous un honneur. Nous avons su apprécier, tout au long de nos études, votre gentillesse et votre disponibilité. Trouvez ici le témoignage de mon admiration doublée d'une profonde sympathie.

FAMILLE

Papa, Maman : Personne d'autre ne m'aurait supporté. Je suis comblé. Après cette thèse vous n'aurez plus jamais à vous inquiéter pour mes études, promis ! Et merci encore pour ce superbe patrimoine génétique ^^

Sophie : Si tu n'avais pas réussi ta P1, je pense que je n'aurais jamais osé. Tu as ouvert la route, je te rends hommage.

Henri, Marie-Hélène : Grâce à vous qui avez gardé la ferme, j'ai pu grandir un peu à la campagne, et ça c'est inestimable. Merci pour tout et aussi merci à la mamie.

Teresa et Leticia : Teresa, ton grain de folie laissera une trace indélébile, Leticia je pense souvent à toi, ta ténacité m'inspire. Vous êtes mes deux autres mamans.

AMIS

Plus compliqué déjà alors dans le désordre et désolé s'il manque quelqu'un !

Triff, Raph, Coco, Jerry : La racine ! J'adore notre groupe et voudrais qu'il vive pour toujours. Triff j'admire ta puissance et si j'étais une fille, je voudrais que tu me fasse le lion GRRRR, Raph les motos ne vont pas à 400 à l'heure et tu ne peux pas battre une ceinture noire de Karaté ! Coco je t'aime, présente moi tes copines ! Jerry t'es vraiment un artiste, mais un artiste sentimental et R et J il faut arrêter WOW, c'est une drogue !

Greg T : Le support de mes questions existentielles. Je ne compte plus les bons moments, les galères, les joies, les peines, les bons plans, les moins bons : Je résigne pour dix ans !

Et un grand merci à **Véronique T-C** pour tous ces moments chaleureux dans la Touati's Mansion .

Greg J : Fidèle parmi les fidèles, c'est toi le taulier !

Caroline R : Une amitié de cinquante ans avec tout ce que ça implique, tu es ma bourgeoise préférée !

Jérémie A : Je ne retiens que le meilleur, et il y en a eu pendant ces looooongues années d'études !

Aline R : J'aurais aimé continuer tout ça, c'est moins bien sans toi, tu me manques.

Adeline R et Céline F : Nos repas du dimanche soir sont les précurseurs d'un dîner presque parfait, ces introspections légendaires restent dans ma mémoire.

Maud C: Oula ! Longue histoire, tu sais que je tiens beaucoup à toi et que si quelqu'un veut te faire du mal : je l'éclate (ou pas) Tu me dois un nez !

Fanny V : Tu m'as toujours « drivé » dans le bon sens, tes conseils sont de grande qualité ce qui fait de toi une amie extrêmement précieuse.

Sophie B : Puisse nous un jour gravir les pics enneigés ensemble !

Flore B : Toujours là pour m'accueillir et me dire que je suis devenu trop « matérialiste » ou un truc comme ça. Je t'énerve et pourtant tu me reçois toujours : ça c'est une amie !

Claire N : Ma spéciale friend ! tu comptes beaucoup pour moi, tu sais beaucoup de choses à mon propos et pourtant tu me témoigne encore une amitié sans failles, heureusement que tu es là.

Anne-sophie P : J'adore ta quand tu racontes ta vision du monde, c'est une source inépuisable de poésie de la vie. Raconte-moi encore !

Thomas K : Quelle est cette attirance ? Si un jour tu es célibataire, je prends !

Melanie M, Nicolas F, Sophie R, Matt L, Marie F, Laura M : Vous avez de si énormes personnalités, comment s'en lasser ?

Josépha B, Bobo B, Quentin DCDV, Jean Max T, Nahim M : J'adore vous rejoindre dans votre monde, c'est toujours un plaisir de vous voir !

Tatawin team, Typhaine J, Lucie G, Charline P, Marion P, Matthieu L et les autres : Ce petit voyage de promo s'est transformé en une sympathique aventure dont les séquelles resteront longtemps gravées !

Equateur : Jiesse, Jay, Claude K, Jo, Aline, Lucile : Les meilleures vacances/mission humanitaire de ma vie et c'est à vous que je le dois aussi. Claude désolé pour la blague sur le cimetière mais au moins ça nous a montré que t'étais un mec extrêmement sensible ;-)

Mention spéciale pour Marion et Charline qui m'ont toujours guidé dans le droit chemin des études !

Julie G, Claude K, Guillaume T : Des personnes de très belle compagnie, je serais toujours partant pour passer un bon moment avec vous.

Jiesse : Equateur, Tatawin, Crit, Soirées à chanter/brailleur, multi facettes et un gros cœur, c'est vraiment cool de te connaître.

Sophia A : Tu pourrais être une sorte de princesse exotique débarquée en Lorraine, Change rien !

Anne Laure T, Amélie B : Vous êtes no-limit, c'est fantastique : prenons soin de nous !

Léa P : On va leur prouver qu'on est pas plus con qu'un autre !

Jean E : Tu pourrais être le prochain Aldous Huxley avec tes théories alambiquées : Continue à m'en faire part !

Les Natifs : Mich, Chef, Dorcel : Vous êtes dépositaires de l'esprit de Nancy et me l'avez fait connaître, Merci.

Les Vieux : Rémi H, Ludo A et tous les autres : Heureux qu'on se garde à vue et c'est avec un plaisir à chaque fois renouvelé que je vous retrouve !

Pour finir : Les Ultras de Dentaires : Vince, Yazid, Charles, Luc, etc... : Je clos la liste et franchit la ligne d'arrivée avec le sourire et sans amertume, félicitations à vous tous !

1^{ère} PARTIE : DONNEES GENERALES

1.	HISTORIQUE	19
1.1.	LES RACINES DE L'HYPNOSE.....	19
1.2.	MAGNETISME ANIMAL, SOMNAMBULISME : LES PREMICES.....	20
1.3.	L'AVENEMENT DE L'HYPNOTISME	22
1.4.	L'ECOLE DE PARIS ET L'ECOLE DE NANCY	25
1.5.	LE DECLIN DE L'HYPNOSE EN FRANCE	27
1.6.	RENOUVEAU DE L'HYPNOSE ET HYPNOSE CONTEMPORAINE	28
1.7.	QUELQUES EXEMPLES D'HYPNOSE APPLIQUEE A LA PRATIQUE ODONTOLOGIQUE AU COURS DU TEMPS.....	32
2.	QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE ?	34
2.1.	IDEES RECUES A PROPOS DE L'HYPNOSE	34
2.2.	QUELQUES DEFINITIONS DE L'HYPNOSE.....	37
2.3.	L'APPROCHE ERICKSONIENNE	39
2.3.1.	PRINCIPES.....	40
2.3.1.1.	NOTION DE CONSCIENT ET D'INCONSCIENT	40
2.3.1.2.	UNE THERAPIE DU CHANGEMENT	42
2.3.1.3.	UNE APPROCHE PERSONNALISEE	42
2.3.1.4.	UNE APPROCHE PERMISSIVE, STRATEGIQUE ET SOLUTIONNISTE	43
2.3.2.	LA TRANSE HYPNOTIQUE.....	44
2.3.2.1.	PHYSIOLOGIE DE L'ETAT HYPNOTIQUE	44
2.3.2.2.	SIGNES DE LA TRANSE HYPNOTIQUE	47
2.3.3.	L'HYPNOTHERAPIE.....	51
2.3.3.1.	LE DEROULEMENT D'UNE SEANCE	51

2.3.3.1.1.	LES PREALABLES.....	51
2.3.3.1.2.	LES PRELIMINAIRES	52
2.3.3.1.3.	L'INDUCTION.....	52
2.3.3.1.4.	LA PHASE THERAPEUTIQUE.....	54
2.3.3.1.5.	TERMINAISON, LA SORTIE DE L'ETAT HYPNOTIQUE.....	58
2.3.3.1.6.	ENTRETIEN POST-HYPNOTIQUE.....	59

2^{ème} PARTIE : POURQUOI INTRODUIRE L'HYPNOSE AU CABINET DENTAIRE

1.	LE CABINET DENTAIRE : UN CONTEXTE PARTICULIER	60
1.1.	LES SYMBOLES MIS EN JEU AU CABINET DENTAIRE	61
1.1.1.	LA BOUCHE ET L'ORALITE	61
1.1.2.	LA DENT	64
1.1.3.	SYMBOLIQUE DU DENTISTE.....	67
1.1.4.	HYPNOSE ET SYMBOLE.....	67
1.2.	LE CABINET DENTAIRE : UN LIEU « STRESSANT »	69
1.2.1.	DEFINITIONS DES « STRESS » RENCONTRES AU CABINET DENTAIRE.....	69
1.2.2.	STRESS DU PATIENT.....	70
1.2.2.1.	LES ORIGINES.....	71
1.2.2.2.	LES FACTEURS STRESSANTS AU CABINET DENTAIRE.....	72
1.2.2.2.1.	RELATIFS A L'ATMOSPHERE DU CABINET :.....	72
1.2.2.2.2.	RELATIFS AUX ACTES THERAPEUTIQUES :	72

1.2.2.2.3. RELATIFS A LA RELATION AVEC LE CHIRURGIEN-DENTISTE : .	73
1.2.3. STRESS DU PRATICIEN.....	76
1.2.3.1. LES FACTEURS DE STRESS.....	78
1.2.4. STRESS DE L'ASSISTANTE.....	81
2. LE CHAMP D'APPLICATION DE L'HYPNOSE EN ODONTOLOGIE.....	83
2.1. APPLICATIONS POUR LE PATIENT.....	83
2.2. APPLICATIONS POUR LE CHIRURGIEN DENTISTE ET SON EQUIPE...	86
3. CAS PARTICULIER DE L'ENFANT	88
3.1. L'ENFANT ET LES SOINS DENTAIRES	88
3.2. L'ENFANT ET L'HYPNOSE	89
3.2.1. AGE ET HYPNOTISABILITE	90
3.2.2. SPECIFICITE DE L'HYPNOSE CHEZ L'ENFANT	90

3^{ème} PARTIE : MODALITES POUR L'INTRODUCTION DE L'HYPNOSE AU CABINET DENTAIRE

1. L'ENVIRONNEMENT DU CABINET, UN ELEMENT A PRENDRE EN COMPTE.....	92
1.1. CONCERNANT LES LOCAUX.....	92
1.1.1. UNE ATMOSPHERE CALME	93
1.1.2. UNE LUMIERE ADEQUATE	94
1.1.3. EQUIPEMENT	94
1.1.4. CHOIX DES COULEURS.....	95
1.1.5. FENG SHUI ET CABINET DENTAIRE.....	95

1.2.	CONCERNANT L'ENVIRONNEMENT HUMAIN.....	98
2.	DEROULEMENT D'UNE SEANCE	99
2.1.	ACCUEIL DU PATIENT.....	99
2.2.	L'ANAMNESE.....	99
2.3.	UTILISATION DE L'HYPNOSE SOUS FORME CONVERSATIONNELLE	100
2.4.	HYPNOSE FORMELLE.....	102
2.4.1.	PRESENCE D'UN TIERS	102
2.4.2.	ENTRETIEN INITIAL.....	102
2.4.3.	INDUCTION	103
2.4.4.	PHASE THERAPEUTIQUE.....	104
2.4.4.1.	EXEMPLE D'UN PATIENT ANXIEUX.....	105
2.4.4.2.	DANS LE CAS D'UN BESOIN D'ANALGESIE.....	107
2.4.5.	REASSOCIATION ET REVEIL	108
2.4.6.	BILAN – PHASE DE VERBALISATION	108
2.5.	PARTICULARITES DE L'ENFANT.....	108
2.6.	CONCERNANT LA GESTION DES URGENCES	110
3.	CONTRE-INDICATIONS, RISQUES ET LIMITES.....	113
3.1.	CONTRE-INDICATIONS	113
3.2.	LES RISQUES.....	114
3.3.	LES LIMITES.....	115
4.	ASPECTS ETHIQUES	116
5.	ASPECTS MEDICO-LEGAUX.....	119
6.	FORMATIONS.....	122
7.	HYPNOSE ET ASPECTS ECONOMIQUES	124

INTRODUCTION

« Certaines interactions langagières ont une fonction tranquilisante. D'autres peuvent avoir, à l' inverse, une fonction toxique et angoissante ... La parole, la pensée abstraite, ne tombent pas du ciel, elles s'enracinent dans la neurologie et l'affectif. » (De la parole au corps, Cyrulnik)

Le contexte du «cabinet dentaire» alimente chez beaucoup de patients un état morbide centré sur l'angoisse. Le recours à l'hypnose en médecine dentaire permettra de dépasser cette peur ainsi que de mieux gérer la douleur.

En effet, l' hypnose peut être un adjuvant efficace pour contrer les effets du stress, de la peur et de la douleur, autant chez le patient que chez le praticien.

L'hypnose modifie également la dynamique des rapports professionnels des chirurgiens dentistes avec les patients. La place donnée à l'amélioration du vécu du patient favorise une meilleure relation de confiance.

Par ailleurs, même si cela doit surprendre, l'hypnose est une technique assez simple dont l' administration demande peu de temps et peut se faire avec la plupart des patients.

Au cours de ces dernières années, nous avons pu constater qu'une place de plus en plus importante était ménagée aux facteurs psychiques, à cote des méthodes scientifiques. Il semble qu'on accorde une plus grande importance aux conditions psychologiques dans l'étiologie de nombreuses manifestations pathologiques. Il est donc difficile, à l'heure actuelle, d'ignorer les diverses techniques offertes aux praticiens pour soulager les affections liées au travail insidieux de notre imagination et de nos stress quotidiens sur notre conscience.

Le praticien a de plus en plus intérêt à bénéficier tant pour lui que pour les autres de techniques dites de relaxation ou d'hypnose. Ces techniques, en réduisant les tensions aussi bien de l'opérateur que de l'opéré, transformeront l'intervention et feront finalement gagner du temps et de la reconnaissance.

Pourtant suggérer, convaincre tout en soignant, le praticien le fait chaque jour. Mais il le fait sans avoir vraiment de méthode ni d'orientation définie. Qu'il le fasse en appliquant une technique sûre, simple qui lui évite problèmes et fatigue pour lui et ses patients, voilà l'intérêt de l'hypnose.

La première partie de ce travail a pour but de mieux cerner ce qu'est l'hypnose à travers l'évolution de ce concept au cours du temps ainsi que les données scientifiques actuelles.

Puis nous étudierons en quoi cet outil paraît adapté aux problématiques de la pratique de la chirurgie dentaire en cabinet libéral.

Enfin nous passerons en revue les aspects pratiques de l'utilisation de l'hypnose au quotidien pour le chirurgien dentiste.

1^{ère} PARTIE : DONNEES GENERALES

1. HISTORIQUE

1.1. LES RACINES DE L'HYPNOSE

L'hypnose, ou plus précisément le phénomène hypnotique, a probablement toujours existé, intégré à des pratiques médicales ou spirituelles.

Les rites chamaniques, danses rituelles entraînant une transe permettaient alors de provoquer un état de conscience modifié où l'individu devait trouver les clés de sa guérison. Ces manifestations étaient alors considérées comme émanant des pouvoirs occultes ou surnaturels d'un magicien, chamane ou équivalent. (Chercheve, 1970)

Nous pouvons citer le papyrus **Ebers** (1700 av JC) qui enseigne : « Pose ta main sur la douleur et dis : Que la douleur s'en aille. » (Guyonnaud, 1989)

En Grèce, dans le sanctuaire d'**Asclepios**, (le dieu Grec de la médecine) il existe les restes d'un hôpital où les malades étaient soignés pendant quarante jours. Après les bains, ils étaient allongés dans une sorte de rotonde où, pendant qu'ils se trouvaient dans un état entre la veille et le sommeil, des prêtres médecins venaient leur murmurer derrière leur tête, par des trous percés dans le mur, des paroles de guérison. (Boon, Daurou, & Maquet, 1976)

Homère évoque " l'épode ", la parole à but thérapeutique, lorsqu'il cite le " **Terpnos logos** " dans des textes qui datent du IX^{ème} siècle avant Jésus-Christ. Ce terme signifie une parole douce et monocorde qui, employée pour la suggestion verbale, amène un état de sagesse, de sérénité et d'harmonie (sophrosynen) qui entraîne la guérison. (Hubert, Traité de sophrologie. Tome 1: Origines et développement, 1982)

Nous trouvons chez Platon la définition des bases d'une "**psychothérapie verbale**" dans un dialogue entre Socrate et le jeune Charmidès. Ce dernier souffre d'un violent mal de tête et Socrate accepte de le soigner au moyen d'une plante et d'une "*Incantation*". Et Socrate (donc Platon) dit tenir ce traitement d'un médecin de Thrace qui disait entre autres: « *Il ne faut pas traiter la tête sans l'âme. Tous les maux et tous les biens pour le corps de l'homme tout entier viennent de l'âme. C'est donc avant tout l'âme qu'il faut soigner si l'on veut que la tête et tout le corps soient en bon état. Or l'âme se soigne par des incantations* ». (Rager, 1973)

Ainsi la conviction que l'esprit a une influence sur la guérison apparaît au long de l'histoire dans toutes les civilisations. Mais ce n'est que récemment que les précurseurs de l'hypnose telle qu'on la connaît ont tenté d'isoler l'hypnose du phénomène magique et théologique.

Désormais nous allons essayer de mieux cerner le concept d'hypnose à travers certaines personnalités marquantes de l'histoire de ce phénomène.

1.2. MAGNETISME ANIMAL, SOMNAMBULISME : LES PREMICES

Médecin, alchimiste allemand de la renaissance, **Paracelse** (1493-1542), établit le premier une théorie du magnétisme. Il prétend que l'homme possède un magnétisme en lui, influencé par des vibrations provenant de l'univers (Hubert, Traité de sophrologie. Tome 1: Origines et développement, 1982); il attribue des vertus thérapeutiques aux aimants et analyse également la part psychologique du magnétisme : « *Supprimez l'imagination et la confiance et vous n'obtiendrez rien* »

Il écrit dans son ouvrage ***Liber Paramirum*** (Strasbourg, 1575): « *La suggestion donne à l'homme un pouvoir sur son semblable comparable à celui de l'aimant sur le fer* ». (This, 2003)

Au XVIIIème siècle, un médecin viennois, également diplômé en droit et philosophie, **Franz Anton Mesmer** (1734-1815), va tenter d'objectiver le « fluide universel » sur lequel repose la doctrine de **Paracelse**.

En 1766, il présente une thèse de médecine intitulée : « *De l'influence des planètes sur le corps humain* »(1766). Suivant le principe de l'attraction universelle, il affirme que les planètes exercent une action directe sur les corps animés par l'intermédiaire d'un fluide subtil baignant tout l'univers et pénétrant les corps. (Rager, 1973) Il explique que tous les individus reçoivent ce fluide mais seuls quelques uns peuvent le distribuer et le communiquer aux objets, à d'autres personnes et cela, même à distance. Ainsi naît sa théorie du « *Magnétisme animal* ».

En pratique, Mesmer soigne par l'intermédiaire d'un baquet en bois rempli de verre, de sable, de limaille et d'eau magnétisés. Le tout surmonté d'un couvercle d'où sort des tiges en fer qui conduisent le fluide jusqu'à la partie malade de l'organisme. Il agit ensuite sur le fluide du malade, déclenchant une crise salutaire qui rétablit l'harmonie. (Thuillier, 1988)

Exerçant à Vienne puis à Paris, place Vendôme, avec parmi sa patientèle des figures prestigieuses telles que la Comtesse du Barry, le Marquis de Lafayette et, dit on, la Reine Marie-Antoinette elle-même. (Rager, 1973)

Il quitte la France en 1784 discrédité par la société Royale de Médecine qui conclut que le magnétisme était inutile et constituait un danger pour les bonnes mœurs en soulignant « *le côté trouble, voire sexuel présenté par les patientes magnétisées* ». (Benhaiem, L'hypnose médicale, 2003)

Personnage controversé, Mesmer n'apporta que peu de nouveauté à la connaissance du phénomène hypnotique mais il contribua, d'une part, à inclure ces pratiques dans le cadre médical et, d'autre part, par sa passion, à diffuser largement ses idées pour lesquelles il lutta jusqu'à la fin de sa vie.

Parallèlement, un de ses disciples, le **Marquis de Puységur**, s'intéressa plus particulièrement au phénomène de transe. En magnétisant un jeune paysan, il fut surpris de le voir tomber rapidement dans un sommeil artificiel, paisible mais actif qu'il nomma : « somnambulisme artificiel » (Rager, 1973) dans lequel les sujets possèdent des qualités extraordinaires. Lors de ces « crises » somnambuliques, les patients deviennent capables de désigner leurs propres remèdes.

Il découvre que la crise violente du baquet, qu'il redoutait, n'est pas nécessaire. Il donna également la parole au sujet qui reste ainsi en contact avec son magnétiseur.

Il ne se détachera pas pour autant de la théorie du magnétisme animal, essayant d'y apporter des précisions. Pour lui l'élément psychologique est aussi important que l'élément magnétique : « *On ne peut être magnétisé malgré soi ; et la **confiance** dans un magnétiseur devra toujours être le préliminaire au secours qu'on en attendra* ».

A la révolution, on observera un déclin du magnétisme qui durera jusqu'à la chute de l'empire.

1.3. L'AVENEMENT DE L'HYPNOTISME

Contemporain de Mesmer et du Marquis de Puységur, un prêtre portugais, l'**Abbé De Faria** (1756-1819), arrivé à Paris en 1788, va bouleverser les théories de l'époque en affirmant que le fluide magnétique n'existait pas.

Il décrit le « sommeil lucide » qu'il explique dans un traité paru en 1819 : « *De la cause du sommeil lucide ou étude de la nature de l'homme* ».

Selon lui les sujets devaient être coopérants et désireux de vivre l'expérience. Le fluide n'existant pas et le concentrateur (magnétiseur) ne possédant aucun pouvoir spécial, l'origine du phénomène se trouve pour lui dans la confiance et la concentration des sens. (Chaves & Dworkin, 1997)

De Faria utilise trois procédés pour obtenir le sommeil lucide :

Le sujet est invité à se concentrer sur l'idée du sommeil puis le praticien lui ordonne d'un ton péremptoire « *Dormez* ».

Il utilise également la fixation du regard du sujet sur sa main et la rapproche du front de celui-ci jusqu'à obtenir la fermeture des paupières.

En cas de résistance, des attouchements provoquent une « concentration suffisante à l'abstraction des sens ».

Ayant volontairement minimisé son rôle dans sa pratique comme dans ses travaux, il resta peu connu, très loin du faste du Mesmérisme. Il est cependant considéré comme le fondateur de la doctrine moderne de la suggestion hypnotique. (Rager, 1973)

« On ne fait d'épopètes (sommambules) que ceux qui le sont naturellement, et que le sommeil qui naît de la pensée non exprimée du concentrateur, même à des distances éloignées, appartient à la complaisance de l'épopète, crue par lui-même nécessaire et forcée, et non à la puissance de l'action externe ».

De Faria

A la chute de l'empire, et ce malgré l'avis défavorable de la médecine officielle, le magnétisme animal continuait d'être utilisé par toute sorte de charlatans et de prédicateurs.

En Angleterre où le magnétisme est utilisé en chirurgie pour obtenir l'anesthésie avec des succès variés, un jeune chirurgien ophtalmologiste, **James Braid** (1795-1860), va s'intéresser au magnétisme suite à une représentation d'un « hypnotiseur de foire » suisse : **La Fontaine** (1803-1892). Impressionné par la réalité de certains phénomènes (catalepsie, amnésie...) il chercha immédiatement à approfondir le sujet.

Ses recherches lui firent abandonner la théorie du magnétisme animal qu'il considérait comme une supercherie (Benhaiem, L'hypnose médicale, 2003); il reprit les théories de l'Abbé Faria en les faisant progresser.

Il tenta d'établir des bases scientifiques à l'hypnose, introduisant le terme d'hypnose (du grec : *Hypnos* qui signifie sommeil).

Sa technique est simple : Concentration en un point et monoïdéisme. Il utilise la fixation d'objet pour obtenir «le sommeil nerveux ».

Sa théorie implique la possibilité pour le sujet de se placer dans cet état seul et de se passer ainsi de l'opérateur, plaçant ainsi le facteur psychique comme prédominant. L'hypnose devient ainsi une caractéristique intrinsèque du sujet hypnotisé. Le mérite de Braid, est d'avoir compris qu'hypnotiser relevait plus d'un savoir que d'un pouvoir quelconque. (Boon, Daurou, & Maquet, 1976)

Les autorités médicales vont s'opposer à ce qu'il communique ses observations, restant ainsi méconnu.

Par la suite l'hypnose déclinant en Angleterre, la France reprend le flambeau et fait entrer l'histoire de l'hypnose dans un nouveau cycle.

On peut citer le **Pr Azam** (1822-1899), chirurgien bordelais qui réintroduit l'hypnotisme en France en 1859 lors d'une conférence. Il attire l'attention des médecins sur l'intérêt de l'emploi de l'hypnose en remplacement du chloroforme, avec lequel les accidents étaient encore nombreux. (Hubert, Traité de sophrologie. Tome 1: Origines et développement, 1982)

Citons aussi l'illustre clinicien **Velpeau** (1795-1867) qui présenta la même année un rapport sur « *l'anesthésie chirurgicale hypnotique* » qui rend compte d'interventions pratiquées sous hypnose. (Dauven, 1985)

Mais l'hypnose ne pouvait lutter avec la facilité d'emploi et les résultats constants obtenus par les anesthésiques chimiques et fut mise à l'écart.

1.4. L'ECOLE DE PARIS ET L'ECOLE DE NANCY

A cette époque deux pôles d'étude et de pratique de l'hypnose vont apparaître en France et s'opposer. Ils sont connus comme « L'école de Paris », sous l'influence de **Charcot**, et « l'école de Nancy », dont les chefs de file sont **Liébault** et **Bernheim**.

Jean-Martin Charcot (1825-1893) est au sommet de sa carrière, professeur de Neurologie à la Salpêtrière et membre de l'académie de médecine. Il se consacre principalement à l'étude de l'hystérie et observe ainsi une similitude entre les manifestations de l'hystérie et certains états hypnotiques. D'après lui, seuls les hystériques sont hypnotisables. Ce phénomène permet à la fois de faire le diagnostic et d'en expérimenter les caractéristiques. (Boon, Daurou, & Maquet, 1976)

L'hypnose serait une sorte de « névrose artificielle » où l'on peut reproduire à volonté les symptômes hystériques.

C'est ce qu'il fait lors de ses célèbres leçons où le Tout-Paris se bouscule pour voir le maître en action. Là encore, le réel succès de Charcot s'accompagne d'une importante contestation de ses théories notamment de la part de ses collègues.

Mais c'est de Nancy que vont venir les principales critiques contre la théorie du « grand hypnotisme » de Charcot avec ses trois étapes spécifiques : Catalepsie, Léthargie et Somnambulisme.

Ambroise-Auguste Liébault (1823-1904) est un médecin lorrain qui se situe dans l'héritage du courant psychologique du magnétisme français. Il reprend les perspectives de James Braid. Cependant, contrairement à ce dernier, pour qui ce phénomène avait surtout une portée expérimentale, il saisit rapidement le potentiel thérapeutique de l'hypnotisme et de la suggestion. Son style est bien plus autoritaire que celui des magnétiseurs comme Puysegur. Il ne laisse pas le choix du traitement au patient, c'est la parole du médecin qui est investie du pouvoir thérapeutique. Liébault a essentiellement une pratique locale et populaire jusqu'à ce qu'il reçoive la visite du titulaire de la chaire de clinique médicale de la faculté de Nancy : **Hyppolyte Bernheim** (1840-1919). Il dira de Liébeault : « *Il endort par la parole et guérit par la*

parole, il met dans le cerveau l'image psychique du sommeil, il cherche à y mettre l'image psychique de la guérison ». (Rager, 1973)

Bernheim propose une vision alternative à celle de Charcot. Il ne voit pas dans l'hypnotisme un état pathologique mais une forme de suggestion parmi d'autres.

Il va perfectionner les techniques utilisées par Liébault et crée finalement les bases scientifiques de l'hypnothérapie moderne. Constituant autour de lui une école concurrente de celle de Paris.

Il utilise la suggestion hypnotique à titre thérapeutique là où Charcot s'en sert essentiellement à titre expérimental.

Par la suite, Bernheim se sépare peu à peu de Liébault en n'admettant plus l'identité du sommeil hypnotique. Il déclare lors du XIIème congrès international de médecine : « *Il n'y a pas d'hypnotisme, il n'y a que de la suggestion* » (Baverey, 1980). Pour lui, les phénomènes hypnotiques existent indépendamment du « *sommeil provoqué* », il y a une influence sans transe, à l'état de veille, d'où l'importance de la suggestion à l'état de veille.

Bernheim publie en 1884 la première édition de « *A la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille* » (Bernheim, 1886), reniant l'importance du sommeil hypnotique, il abandonne l'hypnose au profit de la « psychothérapie », terme qu'il emprunte au Britannique **Hack Tuke** (1827-1895).

La lutte est farouche et le monde entier a les yeux tournés vers l'opposition d'idées des écoles de Nancy et de Paris, on vient du monde entier pour suivre les enseignements de ces pionniers de l'hypnose. Le jeune **Sigmund Freud** (1856-1939) a ainsi effectué un séjour de recherche dans les deux groupes.

Lors de son passage à Paris, il assiste au traitement des névroses par l'hypnose et plus particulièrement de l'hystérie. Il observe la réalité des phénomènes hypnotiques.

Il fait une observation capitale pour la suite de ses travaux : Le mécanisme de refoulement et de transfert. Le malade refoule les souvenirs traumatisants dans son

inconscient, l'hypnose aide le thérapeute à vaincre les résistances du malade qui peut les revivre et s'en libérer. (Rager, 1973)

C'est la **catharsis** (du grec : purification, soulagement de l'âme) qui préfigure la psychanalyse, et dont Freud est convaincu de la réelle efficacité. (Hubert, Traité de sophrologie. Tome 1: Origines et développement, 1982)

Freud se rend ensuite à Nancy : « *Dans l'intention de parfaire ma technique hypnotique, je partis, l'été 1889, pour Nancy, où je passais plusieurs semaines. Je vis le vieux et touchant Liébault à l'œuvre auprès des pauvres femmes et enfants de la population prolétaire. Je fus témoin des étonnantes expériences sur ses malades d'hôpital et c'est là que je reçus les plus fortes impressions relatives à la possibilité de puissants processus psychiques demeurés cependant cachés à la conscience de l'homme* ». (Cuvelier, 1987)

A Nancy, il découvre ainsi la réalité des processus inconscients et leur puissance.

Freud va se détourner de l'hypnose pour plusieurs raisons ; C'est une technique qu'il ne domine pas (Il rencontre beaucoup de résistance), il redoute le transfert (qu'il retrouvera en psychanalyse), la suggestion hypnotique lui apparaît comme une atteinte à la liberté du malade et, de plus, les résultats obtenus sont trop inconstants (les symptômes réapparaissent sous forme de substitution).

Il lui reconnaît tout de même **deux qualités : une action rapide et l'absence de nocivité pour le patient.**

1.5. LE DECLIN DE L'HYPNOSE EN FRANCE

La mort de Charcot en 1893 est rapidement suivie d'un déclin de l'intérêt pour l'hypnose en France. En effet L'hypnotisme vient de perdre sa caution scientifique. De plus, Bernheim déclarant lui-même l'absence des phénomènes hypnotiques, l'école de Nancy tombe rapidement en désuétude.

Si l'on ajoute à cela l'apparition et le perfectionnement des anesthésiques ainsi que l'abandon par Freud de l'hypnose, dont les travaux sur la psychanalyse ont un grand retentissement, on entre alors dans une période de confidentialité de l'histoire de l'hypnose.

En 1919, seul Pierre Janet (1859-1942) estimait que ce désintérêt n'était : « *qu'une éclipse passagère, un accident momentané dans l'histoire de la psychothérapie* ». (Janet, 1925)

1.6. RENOUVEAU DE L'HYPNOSE ET HYPNOSE CONTEMPORAINE

L'hypnose reste cependant une science dynamique dans certains pays.

En **Union Soviétique**, **Pavlov** et **Betcherev** réhabilitent l'hypnose en montrant expérimentalement qu'il s'agit d'un phénomène physiologique (Hubert, Traité de sophrologie. Tome 1: Origines et développement, 1982). Ils définissent l'hypnose comme un sommeil incomplet où une partie du cerveau reste vigilante.

De nombreuses recherches et une grande expérience clinique permettent à Betcherev de remarquer « *l'importance considérable de la parole chez les sujets en état hypnotique, son action régularisante et rééquilibrante sur les fonctions des différents organes* ». (Rager, 1973)

En **Allemagne**, il s'agit des travaux de **Schultz** (1884-1970), professeur de neuropsychiatrie qui élabore le « training autogène » qu'il publie en 1932.

C'est un système de conditionnement personnel, lent et progressif qui aboutit à une « **auto-déconnexion concentrative** » et par laquelle on obtient la plupart des phénomènes de l'hypnose. (Dauven, 1985)

Schultz considérait l'homme dans sa totalité psychique et somatique, il mit l'accent sur l'influence de la rupture d'équilibre entre les deux systèmes nerveux (cérébrospinal et végétatif) dans les troubles psychosomatiques. (Stokvis, Montserrat-Esteve, & Guyonnaud, 1972)

Mais au début du XXème siècle c'est surtout aux **Etats-Unis** que cette nouvelle phase de reconversion de l'hypnose prend son essor.

Le changement qui va conduire de la pratique traditionnelle de l'hypnose à sa pratique actuelle va se produire sous l'influence de trois facteurs selon Michaux : (Michaux, Halfon, & Wood, Manuel d'hypnose pour les professions de santé, 2007)

➤ *La pratique hypnoanalytique :*

Certains psychanalystes américains, tel **Wolfberg** qui publie « *Hypnoanalysis* » en 1945, vont réintroduire l'hypnose dans leur pratique psychanalytique.

Au cours de cette période, à la fin de la seconde guerre mondiale, l'hypnose sera largement utilisée dans le traitement des névroses post-traumatiques. D'où, sans doute, son image positive aux USA.

➤ *La recherche sur l'hypnose :*

En Amérique du nord, de nombreux chercheurs renommés vont s'illustrer dans ce domaine, comme **E.R Hilgard** (1904-2001)) qui anima une unité de recherche au sein de l'université de Stanford.

De nombreux laboratoires vont continuer d'approfondir le sujet, une multitude d'articles vont être publiés dans des revues de haut niveau scientifique. Cet engouement a permis d'explorer différents axes de recherche, et, à cette occasion, de montrer que l'hypnose était un phénomène pouvant tout à fait se plier à une approche scientifique.

➤ *Milton H. Erickson (1901-1980) :*

Ce psychiatre américain va développer au cours de sa vie une pratique thérapeutique tout à fait originale. Sa façon de percevoir et de valoriser l'hypnose s'explique en partie par son histoire personnelle atypique qu'il dévoile partiellement dans le livre de Rosen : « *Ma voix t'accompagnera, Milton H. Erickson raconte* ». (Rosen, 1998)

Erickson est atteint de troubles sensoriels et perceptifs congénitaux : il est daltonien et amusique, c'est à dire qu'il ne perçoit pas les rythmes auditifs ainsi que les mélodies. Ces différences lui font remarquer que les seuls rythmes qu'il ressent sont son pouls et surtout sa respiration, se calant ainsi sur la respiration de son interlocuteur pour suivre son rythme. Technique qu'il utilisera plus tard comme moyen de collaboration thérapeute-sujet.

Sa perception du monde modifiée lui fait prendre conscience dès son plus jeune âge du caractère relatif des cadres de références des êtres humains.

De cette période, nous retiendrons une anecdote : il ne pouvait prononcer le mot « gouvernement », prononçant : « gouverment ». Un camarade de classe s'appelait « La verne » et il le prononçait bien. Son professeur a eu alors l'idée d'intégrer les deux en demandant de lire « gou-laverne-ment », ce qu'il a réussi ; il a ensuite supprimé la syllabe « la », et pour la première fois Erickson a pu lire et dire « gouverne-ment ». Erikson rapporte cette histoire car il lui doit la technique d'introduction de ce qui est inattendu et hors de propos dans un cadre fixe et rigide pour le faire éclater. On peut imaginer aisément, grâce à cette métaphore, son cerveau bloqué sur la route principale prendre alors un chemin de traverse.

A l'âge de 17 ans, dans le cadre d'une poliomyélite, il fut victime d'une attaque de paralysie motrice et sensorielle du corps entier. Seule sa capacité à bouger les yeux et entendre était non affectée. Malgré l'absence de toute rééducation, Milton raconte qu'il arrive par son intense motivation, à percevoir à nouveau des sensations dans ses doigts, ses mains, ses jambes. Il s'entraîne pendant des mois en recherchant le souvenir des sensations de mouvement, arrive à faire apparaître des mouvements

d'abord désordonnés puis volontaires. Plus tard il identifiera ces expériences comme des phénomènes d'auto-hypnose.

De la même façon il va bientôt apprendre à contrôler ses douleurs, en pensant à des expériences comme la relaxation, la fatigue. Il découvre qu'il existe en chacun des moyens qui peuvent être mobilisés seulement par la pensée. Plus tard, il utilisera ces expériences pour mettre au point des techniques spécifiques. Il acquiert également la conviction qu'une modification même minime dans une situation catastrophique peut changer radicalement le cours des choses ; dès lors s'installe l'espoir qui permet d'accepter l'idée de changements plus importants.

À cette époque, il a aussi bénéficié de l'apprentissage de la marche chez sa plus jeune sœur, en observant tous les efforts et toutes les techniques qu'elle mettait en place, inconsciemment, pour y parvenir. En copiant ces processus, Erickson, a peu à peu retrouvé la capacité de marcher.

Il se dirige ensuite vers des études de médecine et de psychiatrie, où il entend pour la première fois parler de l'hypnose. Faisant des liens avec ses luttes personnelles, il mène ses propres recherches et expérimentations dans ce domaine.

Il développe une conception de l'hypnose en tant que phénomène naturel faisant partie de notre vie et il met en place des approches très indirectes de l'induction hypnotique.

Erickson perçoit l'hypnose comme un moyen donné à la personne de potentialiser ses ressources pour changer.

Pour lui, l'inconscient est tout ce qui n'est pas conscient, c'est le dépositaire des apprentissages de vie du patient, c'est une instance positive et créatrice où, avec l'aide du thérapeute, le patient peut élaborer de nouvelles solutions plus souples et plus adaptées que sa conduite symptomatique actuelle. Il montre que l'état hypnotique permet à la personne d'entrer en relation avec ses apprentissages et ses ressources inconscientes. (Michaux, Halfon, & Wood, Manuel d'hypnose pour les professions de santé, 2007)

En opposition avec les notions classiques d'emprise et de manipulation rattachées à l'hypnose, Il prouve que l'état hypnotique permet d'ouvrir un espace de plus grande liberté. La personne peut recombinaison ses propres associations et utiliser ses propres ressources pour engendrer les changements dont elle a besoin. En hypnose ericksonienne, il n'y a pas de suggestion autoritaire visant le symptôme, pas de tentative de «greffe psychique» du changement.

Il prouve ainsi que pratiquement quasiment tout le monde est hypnotisable. Il suffit de parler le langage du patient et d'abandonner l'autorité et les suggestions directes pour privilégier la permissivité et les suggestions indirectes. Le thérapeute sait que la personne possède les ressources nécessaires au changement et il sait utiliser le langage du patient pour lui permettre d'y accéder.

Erickson posa ainsi les bases de l'hypnose que nous utilisons aujourd'hui dans le domaine médical. Son apport est fondamental, source d'influence pour de nombreuses thérapies ou de méthodes de communication comme la PNL (programmation neurolinguistique).

1.7. QUELQUES EXEMPLES D'HYPNOSE APPLIQUEE A LA PRATIQUE ODONTOLOGIQUE AU COURS DU TEMPS

Très tôt les précurseurs de l'hypnotisme ont appliqué leurs méthodes dans le but de soulager les maux de dents.

Dès le début du XVIème siècle, Paracelse utilise des fers aimantés pour soigner les douleurs dentaires, ou encore le Marquis de Puységur qui soulage la fille de son régisseur d'un mal de dent grâce au magnétisme. (Auclair, Barbey, Ber-Schiavetta, & coll, 1986)

Un dentiste, **Martorel** aurait pratiqué des avulsions dentaires sans douleur, sous anesthésie magnétique en 1819. (Dauven, 1985)

Citons Bernheim et Liébault qui utilisent l'analgésie hypnotique pour soulager les névralgies dentaires et réaliser des extractions dentaires sans aucune souffrance (Bernheim, 1886) (Liebeault, 1866). Liébault publie une étude où il cite dix-neuf cas d'extractions indolores effectuées entre 1882 et 1883.

En 1960, lors de la deuxième semaine implantaire organisée par le **Dr Cherchève** à l'hôpital Lariboisière, le **Dr Baldoméro Sol** fait une démonstration très remarquée de conditionnement des patients par l'hypnose, en vue d'interventions implantologiques. (Hubert, Traité de sophrologie. Tome 1: Origines et développement, 1982)

Les patients ainsi préparés sont calmes, relaxés, détendus pendant l'intervention. La douleur disparaît de leur champ de conscience malgré l'absence d'anesthésiques chimiques. Le patient est libéré de son angoisse, ainsi le praticien, travaillant dans des conditions optimales, ressent moins la fatigue liée à l'exercice de sa profession.

Dès 1960, Cherchève et bien d'autres, impressionnés par les possibilités que leur offre l'hypnose vont se former, en particulier auprès de **Caycedo**, (fondateur de la sophrologie).

Les chirurgiens-dentistes ont toujours été confrontés à la nécessité de trouver un moyen de diminuer l'angoisse et les douleurs que suscitent leurs soins ; La pratique de l'hypnose ericksonienne leur permet une meilleure approche psychologique des patients, pris en charge dans leur globalité et non pas réduits à une cavité buccale présentant des symptômes. Elle répondait ainsi à leurs attentes.

2. QU'EST-CE QUE L'HYPNOSE ?

2.1. IDEES RECUES A PROPOS DE L'HYPNOSE

Nous commencerons, pour décanter ce vaste sujet qu'est l'hypnose, par une revue de quelques idées reçues sur l'hypnose, héritées de l'histoire sulfureuse de cette discipline et de l'imaginaire fertile développé autour d'un phénomène qui a toujours suscité la curiosité.

Le côté magique qu'on lui prête, la crainte de la perte de contrôle ou encore l'idée d'une soumission à une force occulte sont encore très fortement ancrées dans l'imaginaire collectif et génèrent autant de craintes que d'espoirs injustifiés.

➤ « **SOUS HYPNOSE JE VAIS DORMIR ET NE SAURAI PAS CE QU'IL S'EST PASSE** »

On est toujours conscient dans n'importe quel état hypnotique, quelle que soit la technique d'induction.

Tout d'abord, il est établi par des enregistrements électroencéphalographiques que l'état d'hypnose est différent d'un état de sommeil (Faymonville, et al., 1997). Non seulement le patient n'est pas endormi, mais il ne perd pas conscience. Ce n'est pas un état passif mais un état actif de concentration durant lequel les facultés de l'esprit de la personne sont tellement accaparées par une idée, des images internes, des sensations ou des émotions que celle-ci est momentanément indifférente à la plupart des aspects de la réalité extérieure. Si certaines fonctions psychiques sont en veilleuse, c'est au profit d'autres processus, notamment inconscients. Cet état est uniquement possible grâce à la collaboration du patient. Etat durant lequel un certain nombre de phénomènes peuvent se produire.

On ne peut induire un état hypnotique de force, l'hypnose exprime un état ainsi que le moyen d'y parvenir, c'est une technique de communication où le patient peut dialoguer avec le thérapeute, et, au même titre qu'il est capable d'entrer seul en hypnose, il peut en sortir tout aussi aisément seul. (Patel, Potter, & Mellor, 2000)

➤ **« L'HYPNOSE EST UN ETAT ANORMAL ET ARTIFICIEL »**

Au contraire, l'hypnose est un état physiologique banal que toute personne a déjà expérimenté. Ce sont ces moments où l'on est « dans la lune », « dans les nuages » ou plus concrètement, lorsque l'on est absorbé par un film ou un livre, au point de ne plus entendre les propos d'une personne vous adressant la parole.

On peut aussi citer les expériences de distorsion du temps, quand on ne voit pas le temps passer, captivé par un jeu vidéo ou perdu dans une rêverie intérieure dans la salle d'attente d'un dentiste débordé.

Le thérapeute va simplement utiliser et amplifier cette capacité naturelle de l'individu à entrer en transe (Schaerlaekens, 2003), état au cours duquel l'inconscient est réceptif aux suggestions mobilisatrices de ressources internes, et il va orienter celles-ci vers un but thérapeutique. (Allain, L'hypnose: un outil thérapeutique, 2003) (Stern, 1991)

➤ **« L'HYPNOSE NE MARCHE PAS AVEC LES CARACTERES FORTS, SEULEMENT AVEC LES GENS INFLUENCABLES »**

Dans le cadre d'une étude portant sur la représentation sociale de l'hypnose, un questionnaire a été présenté à des étudiants en sciences de l'éducation à l'université Paris VII St-Denis par Didier Michaux et son équipe, dans le but de décrire les caractéristiques de personnalité qu'ils prêtaient au sujet et à l'hypnotiseur. Le résultat fut sans appel confirmant l'opinion publique, à savoir que le sujet facilement hypnotisable avait, selon eux, un caractère faible, impressionnable et instable.

De nombreuses recherches ont été conduites afin de tenter d'établir une relation entre certaines caractéristiques de la personnalité et la susceptibilité hypnotique. Utilisant différents inventaires de personnalité (le « Maudsley Personality Inventory », le « Guilford et Zimmerman », etc...), ainsi que l'échelle de susceptibilité hypnotique de Stanford. (Michaux, Halfon, & Wood, Manuel d'hypnose pour les professions de santé, 2007)

Une série d'expérimentations ont été conduites par de nombreux chercheurs, citons parmi eux : Furneaux, Gibson, Hilgard, Bentler, Curran et Corcoran. Leurs recherches aboutiront à des résultats contradictoires ou alors, lorsque des relations avec la susceptibilité hypnotique apparaissent, elles sont faibles et ne sont pas reproductibles dans les études suivantes. (Michaux, Halfon, & Wood, Manuel d'hypnose pour les professions de santé, 2007)

Il semblerait que l'on ne puisse pas véritablement trouver de lien fort entre un trait de personnalité et la susceptibilité hypnotique. E.Hilgard, est amené à penser que la susceptibilité à l'hypnose constitue un trait irréductible aux autres traits de personnalité. (Hilgard, 1965)

De plus il faut signaler que la susceptibilité hypnotique semble être une variante relativement stable sur un individu donné. Ceci se vérifie lors d'un test-retest rapproché (Weitzenhoffer & Hilgard, 1959), cela reste vrai avec un intervalle de 10 ans (Morgan A. H., Hilgard, Ruch, Lange, Lenox, & Sachs, 1974), lors d'un retest sur d'anciens étudiants testés à Stanford (85 sujets). Les protagonistes de cet échantillon s'étant installés dans leur vie professionnelle et familiale, on aurait pu penser que les changements induits, auraient pu faire varier leur résultat au test, mais ceux-ci sont restés stables à tous points de vue : Les scores n'ont variés que d'un ou deux points sur un total de 12 points possibles, et les positions relatives des uns par rapport aux autres étaient respectées. Stabilité d'autant plus étonnante que la situation de test et les testeurs n'étaient pas identiques dans le test et le retest.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'hypnose est une capacité naturelle de chaque individu, le préalable requis étant simplement la collaboration du patient.

De plus des études ont démontré que l'efficacité des suggestions thérapeutiques et la profondeur de la transe n'étaient pas liées. (Forster, 1998)

2.2. QUELQUES DEFINITIONS DE L'HYPNOSE

De manière générale, le terme hypnose désigne un état particulier de conscience (difficile à définir) ainsi que les techniques (nombreuses) permettant de mener à cet état et les pratiques thérapeutiques (multiples et variées) utilisées pendant cet état.

Dès lors on peut présager de la difficulté à définir précisément ce qu'est l'hypnose ?

En effet, malgré le nombre conséquent d'études faites sur l'hypnose, et l'étendue de ses champs d'application, on ne comprend toujours pas son mode d'action exact ; on sait que le phénomène hypnotique est incontestable, tout comme le sont les résultats de l'hypnose médicale ; on sait que l'ensemble des psychothérapies modernes en découle d'une façon ou d'une autre ; on enseigne même à présent les techniques d'hypnose thérapeutique en milieu hospitalier et pourtant, son fonctionnement réel échappe encore à notre compréhension.

On peut, en outre, se demander si l'on peut parler d'un seul et même phénomène. Si les manifestations et les entrées en hypnose sont tellement diverses, comment définir un seul et même phénomène ?

C'est pourquoi les définitions nous paraissant les plus pertinentes sont celles qui regroupent les données sur l'hypnose (phénoménologie commune, aspects objectivables) tout en laissant une place à la variabilité des êtres humains et de leur psychisme, ainsi qu'à la capacité d'adaptation de celui-ci.

➤ **DEFINITION DE L'ASSOCIATION MEDICALE BRITANNIQUE**

« L'hypnose est un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être produit par une autre personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément ou en réponse à des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une sensibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices peuvent être, dans l'état hypnotique, produits et supprimés ». (Motte, 1980)

➤ **DEFINITION DE L'ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE (1991) PAR JEAN GODIN, FONDATEUR DE L'INSTITUT MILTON ERICKSON DE PARIS**

« L'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce « débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure », qui suppose un certain « lâcher-prise », équivaut à une façon originale de fonctionner, à laquelle on se réfère comme à un état. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient ».

➤ **DEFINITION DE FRANÇOIS ROUSTANG (2003), PHILOSOPHE ET HYPNOTHERAPEUTE.**

L'hypnose est un état de veille paradoxal (état de sommeil apparent et activité électrique cérébrale de veille), c'est un phénomène naturel et actif où il y a une augmentation du contrôle de soi et non une perte.

Pour conclure nous citerons Erickson qui nous offre une définition sous un angle plus « humaniste » :

« *L'hypnose, c'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne.* »

Milton Erickson

2.3. L'APPROCHE ERICKSONIENNE

Loin de l'*hypnose classique* marquée par les médecins : Charcot, Bernheim et, encore plus, de l'hypnose de music-hall : « *dormez, je le veux !* », l'hypnose ericksonienne se vit comme un apprentissage avec la participation active de la personne. Tout en gardant une part consciente, celle-ci accède à un état dit « *modifié de conscience* » libérant son inconscient pour accéder à des modes de créativité et d'imagination décuplés. Des souvenirs peuvent être réactivés de façon prégnante. La personne est guidée davantage par ses sens et ses émotions que par son analyse rationnelle.

Dominique Meggle résume cette approche en quatre points : (Meggle, 2005)

- Le but de la thérapie est le changement
- Le thérapeute est là pour aider le patient à changer par lui-même
- Chaque patient est unique
- C'est au thérapeute de s'adapter au patient et non l'inverse

2.3.1. PRINCIPES

2.3.1.1. NOTION DE CONSCIENT ET D'INCONSCIENT

➤ *Le conscient :*

C'est la conscience du moi ici et maintenant, il a ici une signification littérale dans le sens où vous êtes conscient d'utiliser votre esprit pour faire quelque chose.

➤ *L'inconscient «ericksonien » :*

Il regroupe « tout ce qui n'est pas conscient », Erickson considérait l'inconscient comme un véritable réservoir de ressources. Il disait : « *faite confiance à votre inconscient, il est beaucoup plus intelligent que nous le pensons... Mais, auparavant, il faut bien le nourrir !* » (Rosen, 1998)

L'inconscient est donc modélisé comme un vaste réservoir d'apprentissages et de ressources positives (Benhaiem, L'hypnose médicale, 2003). Dépositaire des buts profonds et permanents de la personne. Il a sa façon de traiter l'information. Il n'analyse pas et ne classe pas : il prend les messages littéralement. Il réalise ses propres associations en vertu de nos prédispositions innées et acquises. Il associe en chaînes des images, des sensations, des idées, des compréhensions et des symboles, selon les rapports d'analogie, de ressemblance qu'ils ont entre eux, et cela dans un présent permanent. Ces chaînes d'associations se coupent et se recourent, se nouent et se dénouent dans une complexité qui défie toute analyse rationnelle.

C'est la raison pour laquelle l'analyse freudienne de l'Inconscient parut une entreprise irréaliste et inefficace à Erickson. La complexité de l'inconscient, la pauvreté de moyen du conscient sont telles, qu'il vaut mieux laisser l'inconscient défaire ce qu'il a fait, en lui fournissant juste le contexte pour cela. Et tant pis si nous ne comprenons pas pourquoi le patient va mieux !

Toujours selon Erickson : « l'inconscient est profondément bon et puissant. Il se révèle une puissance bienveillante avec laquelle l'état hypnotique doit permettre de coopérer. L'hypnose ericksonienne a pour but d'amener conscient et inconscient à travailler ensemble pour déclencher les changements utiles à la résolution du problème. (Haley, 1997)

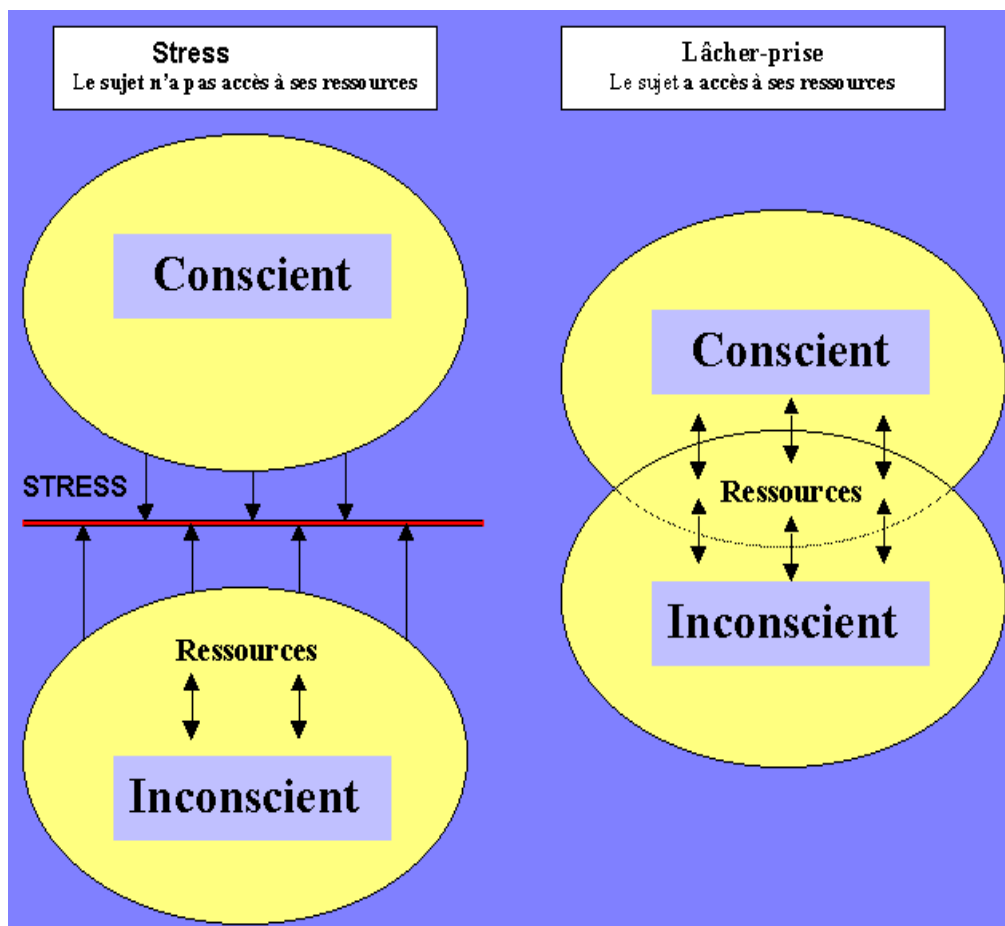


Figure 1 Le stress: barrière entre le conscient et l'inconscient réservoir de ressources

2.3.1.2. UNE THERAPIE DU CHANGEMENT

Pour Erickson : « L'art de l'hypnothérapeute est d'aider les patients à atteindre une compréhension qui va les aider à abandonner certaines limitations de la vision de leur vie de tout les jours, de sorte qu'ils pourront atteindre un état de réceptivité pour ce qu'ils ont en eux-mêmes de nouveau et créatif ». (Benhaiem, L'hypnose médicale, 2003)

L'inconscient aménage en souplesse les cadres de référence inadaptés face à une situation nouvelle. Parfois, un cadre défectueux reste rigidement en place pendant des années parce qu'il a été construit après un traumatisme. Le traumatisme est une expérience négative absolument inintégrable.

La thérapie fournit un cadre spécial de travail à l'inconscient où les limitations apprises sont suspendues. Il peut alors inventer librement de nouvelles solutions. Le travail ericksonien est un apprentissage de la créativité. La personne apprend à travailler avec son inconscient.

L'hypnothérapie est, pour le patient, un processus d'apprentissage, une procédure de rééducation. Des résultats valables en hypnothérapie ne proviennent que des actions du patient. Le thérapeute ne fait que guider et encourager le patient à l'action.

2.3.1.3. UNE APPROCHE PERSONNALISEE

Un des concepts les plus importants de la thérapie ericksonienne est l'utilisation de ce qu'apporte le patient. Pour Erickson, il est nécessaire de développer une situation thérapeutique qui permette au patient d'utiliser sa propre réflexion, ses propres conceptions, ses propres émotions, de la manière qui corresponde le mieux à ses projets de vie.

Il explique : « Les thérapeutes qui souhaitent aider leurs patients ne doivent jamais mépriser, condamner, ou rejeter le moindre aspect de la conduite du patient, simplement parce qu'il est gênant, déraisonnable ou même irrationnel. Le comportement du patient fait parti du problème qui est amené dans le cabinet, il constitue l'environnement personnel au sein duquel la thérapie doit prendre son effet ». (Haley, 1997)

2.3.1.4. UNE APPROCHE PERMISSIVE, STRATEGIQUE ET SOLUTIONNISTE

L'hypnose ericksonienne est caractérisée par une approche souple, indirecte (par exemple à l'aide de métaphores) et non dirigiste. Le patient conserve sa liberté, sa marge de manœuvre et son libre arbitre. Aucune intrusion psychique ni suggestion directe provenant du thérapeute.

Sa méthode consiste à proposer une gamme de suggestions ouvertes ou indirectes que le patient peut refuser à tout instant.

L'hypnothérapeute ne dirige donc pas la séance, il accompagne le patient vers cet état où il bénéficie d'un accès privilégié à ses ressources afin qu'il élabore lui-même la solution au problème posé.

Erickson cite dans ses entretiens avec Haley : « *Votre but, en vous servant de l'hypnose, est de communiquer des idées et des compréhensions ainsi que d'amener le patient à utiliser les compétences qui existent en lui, à la fois au niveau psychologique et au niveau physiologique* ».

L'approche ericksonienne doit s'intégrer dans une thérapie stratégique visant à provoquer les changements thérapeutiques essentiellement à l'aide de suggestions indirectes et de métaphores.

2.3.2. LA TRANSE HYPNOTIQUE

2.3.2.1. PHYSIOLOGIE DE L'ETAT HYPNOTIQUE

Les travaux tentant de déterminer neurophysiologiquement la validité d'un état hypnotique particulier et objectivable ont longtemps abouti à des résultats peu concluants. Ce n'est que récemment, grâce aux progrès constants de l'imagerie médicale, que des résultats concluants ont pu être obtenus, participant ainsi à la recherche et à la compréhension de ce phénomène si particulier.

Au cours des années 1970, l'hypothèse était que l'état hypnotique correspondrait à une activation préférentielle de l'hémisphère droit, siège du fonctionnement imaginaire.

Plusieurs équipes vont explorer cette voie pour identifier cette asymétrie. Ainsi, au laboratoire de Stanford, l'équipe de Hilgard tente d'identifier cette différence par électroencéphalographie (EEG). Helen Crawford, à l'université de Virginie, se lance dans la même voie. En vain.

En 1985, Lee Baer de l'université de Pennsylvanie recourt pour la première fois à l'imagerie cérébrale pour étudier l'hypnose : il utilise la tomographie à émission de positons (TEP), avec du carbone 15 comme radiotracer chez trois sujets sous hypnose chez lesquels il n'identifie aucune dissymétrie. Puis Helen Crawford fait la même expérience avec cette fois du xénon 133 sans rien identifier de spécifique non plus. Pas plus que l'EEG, les premières études utilisant l'imagerie n'ont donc trouvé d'activité cérébrale régionale spécifique à l'hypnose. (Baer & al, 1985), (Meyer & al, 1989), (Crawford & al, 1993), (Grond & al, 1995)

Parallèlement, au début des années 1990, le Pr Marie-Elisabeth Faymonville, anesthésiste au CHU de Liège, commence à utiliser l'hypnosédation comme moyen alternatif à l'anesthésie générale dans le service des grands brûlés et de chirurgie plastique. Surprise par les résultats obtenus (amélioration du confort des patients et diminution des doses de sédatifs), elle a l'intuition d'un état neurophysiologique particulier et va chercher à l'objectiver.

Elle entreprend des travaux avec le neurologue Pierre Maquet qui travaille de son côté sur le sommeil à l'aide de la TEP.

Profitant des progrès de cette technique, ils sont les premiers à utiliser l'eau marquée à l'oxygène 15, un radiotracteur de très courte durée d'action, ce qui permet d'augmenter le nombre d'expériences chez le même sujet, donc la puissance statistique des résultats. Ils réalisent une étude sur neuf sujets.

Ils mettent au point un protocole que le Pr Faymonville utilise en chirurgie sous hyposédation : faire revivre au patient un moment de vacances agréable.

Le Pr Faymonville décrit l'expérience :

« Dans un premier temps, nous demandons à chacun de se rappeler un souvenir de vacances de façon très intense en visualisant mentalement les scènes, les paroles, voire les odeurs qui lui sont liées. L'expérimentateur note tous les éléments. Ensuite nous comparons avec la TEP l'activité cérébrale des sujets dans trois situations : le sujet éveillé écoute les phrases de l'expérimentateur qui lui rappelle ses vacances (remémoration autobiographique) ; toujours éveillé, il écoute la bande-son des paroles de l'expérimentateur à l'envers pour éviter de penser à ses vacances ; enfin il écoute ces paroles sous hypnose. Ce protocole exige évidemment que nous validions l'état hypnotique correspondant à cette troisième situation. Comme il n'existe aucun moyen objectif de certifier cet état, nous nous appuyons sur un faisceau d'observations : présence de mouvements oculaires latéraux lents ; mouvement des pieds que nous demandons au sujet de faire ; enregistrement EEG prouvant que le sujet ne dort pas ; enfin enregistrement de la détente musculaire à l'aide de capteurs fixés au menton. Selon nous, la présence de ces quatre paramètres suffit à valider l'état hypnotique ».

Cette expérience est la première à démontrer l'existence de corrélats neuronaux spécifiques à l'hypnose. Lorsque le sujet éveillé se rappelle un souvenir, il active surtout les lobes temporaux droit et gauche. Ces mêmes régions ne s'activent pas lorsque le sujet éveillé ne pense à rien (bande à l'envers), ni lorsqu'il est sous hypnose et qu'il revit ses vacances. En revanche, sous hypnose, il active un réseau qui comporte les régions de la vision (occipitale), des sensations (pariétale) et de la motricité (précentrale), comme s'il voyait, sentait et bougeait, alors qu'il est immobile.

Ces données objectives concordent avec le rapport subjectif des participants : ils mentionnent invariablement l'impression de « revivre » sous hypnose des moments agréables, alors que pendant la remémoration d'événements agréables en conscience habituelle, ils se « souviennent » seulement de leur vécu. Deuxième différence majeure : le précuneus (région du cortex pariétal) et le cortex cingulaire postérieur sont désactivés en cours d'hypnose. Or ces régions sont très actives, lorsque le sujet est éveillé, même lorsqu'il ne pense à rien (écoute de la bande-son à l'envers). Et on a déjà observé une désactivation de ces zones dans certaines phases du sommeil ou dans les états végétatifs, donc dans des états modifiés de conscience.

Cette expérience est la première à montrer un état cérébral particulier du sujet sous hypnose. (Maquet & al, 1999)

D'autres travaux portant sur les illusions perceptives vont conforter ce résultat. L'équipe de Henry Szechtman de l'université canadienne de Waterloo monte une expérience en 1998 avec huit sujets suffisamment mélomanes pour se rappeler précisément un morceau de musique. Cette étude réalisée par TEP montre la même activation dans le cortex cingulaire antérieur lorsqu'un sujet écoute un morceau de musique ou si on lui demande de se le rappeler sous hypnose. Or cette activation n'existe pas, lorsqu'on lui demande de se souvenir du morceau et qu'il est éveillé. (Szechtman & al, 1998)

Autre axe de recherche, comment cet état agit-il au niveau cérébral pour moduler la perception de la douleur ?

Des pistes nous sont fournies par Pierre Rainville, de l'université McGill à Montréal, qui a eu l'idée d'utiliser l'hypnose pour étudier la composante émotionnelle de la douleur. Dans son expérience, il maintient un stimulus douloureux constant (main gauche plongée dans l'eau à 47 °C) et observe une augmentation significative de l'activité du cortex cingulaire antérieur si on suggère aux sujets sous hypnose que leur inconfort augmente. Il en conclut que le cortex cingulaire antérieur encode le ressenti émotionnel suscité par le stimulus douloureux. Cette recherche, qui s'est servie de l'hypnose comme un moyen d'étude, pointe le rôle spécifique du cortex

cingulaire antérieur (zone qui régule les interactions entre cognition, perception et émotion) dans la modulation de l'émotion douloureuse. (Rainville & al, 1997). L'hypnose interviendrait donc à ce carrefour pour aider à la gestion du signal douloureux.

2.3.2.2. SIGNES DE LA TRANSE HYPNOTIQUE

La transe hypnotique est une expérience dont le vécu est variable d'un individu à l'autre. Lors de cette transe, le sujet est dans une absorption interne où il s'intéresse plus à vivre son expérience qu'à l'analyser.

La notion de profondeur de transe est définie par ce degré de focalisation interne (Meggle, 2005), et peut varier au cours d'une même séance. Les signes associés sont inconstants et aucun n'est spécifique à l'hypnose, en effet tout ce qui se passe sous hypnose est une potentialité de l'être humain.

Les signes associés à la transe sont inconstants et peuvent varier d'une personne à l'autre et pour un même sujet, d'une séance à l'autre.

Evelyne Josse nous donne une liste non exhaustive : (Josse, 2007)

➤ *La suggestibilité.*

Elle est favorisée par l'état hypnotique. L'action des suggestions est le résultat d'un processus psychologique appelé l'idéodynamisme. L'idéodynamisme est la propriété des idées à se transformer de manière réflexe en mouvement, sensation ou émotion. La suggestion est le moyen de proposer une idée. La suggestibilité, la faculté de l'être humain à accepter cette idée ; la réalisation de l'idée, la conséquence automatique de cette acceptation (Notons bien que lorsque l'on parle d'hypnose ericksonienne, les suggestions sont formulées de manière à être ouvertes ou indirectes afin de garder une permissivité nécessaire au respect du libre arbitre du sujet). Bien que la suggestibilité ne puisse rendre compte de tous les phénomènes hypnotiques, elle n'en reste pas moins un des phénomènes essentiels.

➤ ***Le littéralisme.***

Le patient répond au sens littéral des questions qui lui sont formulées. Il n'est pas rare, par exemple, qu'une personne réponde « oui » à la question : « Voulez-vous dire votre nom ? » plutôt que de donner son nom.

➤ ***La dissociation.***

Cette dissociation peut se manifester par un désintérêt ou un détachement vis-à-vis de l'environnement externe, par l'impression que le monde extérieur et/ou l'hypnothérapeute sont à grande distance, par le sentiment d'assister en spectateur aux événements, etc. La personne peut également éprouver la sensation qu'une partie d'elle est dans le passé d'un souvenir tandis qu'une autre garde à l'esprit le contexte hypnotique de la reviviscence. Elle peut aussi ressentir son corps comme étranger, celui-ci pouvant agir en dehors de sa volition (par exemple, lévitation d'un bras).

➤ ***L'hallucination.***

Les hallucinations peuvent être visuelles, auditives, olfactives, gustatives ou kinesthésiques. Une personne peut, par exemple, éprouver toutes les sensations correspondant à une scène imaginaire : « voir » la mer, « entendre » le grondement du grand large, « sentir » l'odeur entêtante de la crème solaire, « goûter » le sel sur ses lèvres, « ressentir » le vent dans ses cheveux, etc. On parle d'hallucinations négatives lorsqu'elle ne perçoit pas un objet réel.

➤ ***La catalepsie.***

Il s'agit d'une suspension complète du mouvement volontaire des muscles. Si la catalepsie peut être généralisée à tout le corps, elle est cependant le plus souvent limitée à une partie de celui-ci. Par exemple, le bras du patient va conserver la position en lévitation dans laquelle le thérapeute l'a placé. La catalepsie des paupières se manifeste par l'impossibilité d'ouvrir les yeux durant la séance. La fixité

du regard, fréquente lorsque la transe est induite par fixation, signe quant à elle une catalepsie oculaire (impossibilité de déplacer ses globes oculaires).

➤ ***La lévitation du bras.***

Le bras du patient s'élève de manière automatique puis reste suspendu en catalepsie sans intervention consciente ou volontaire de sa part.

➤ ***Les mouvements idéomoteurs.***

Il s'agit de mouvements involontaires ou automatiques des doigts ou de la tête, généralement plus lents et plus saccadés que les mouvements volontaires. Ils peuvent apparaître en réponse aux questions posées par l'hypnothérapeute. On parle alors de signaling idéomoteur. L'hypnothérapeute demande à l'inconscient du patient de soulever un doigt pour répondre par l'affirmative (« Votre inconscient peut répondre « oui » en laissant maintenant un doigt se soulever de sa propre légèreté »), un autre pour répondre par la négative.

➤ ***La relaxation.***

Généralement, en transe, le fonctionnement corporel semble « ralenti » (ralentissement de la respiration, diminution de la déglutition, abaissement du ton de la voix, ralentissement du rythme de l'élocution) et la relaxation musculaire ainsi que le bien-être corporel, favorisés.

➤ ***Le somnambulisme.***

Si la majorité des patients présentent une immobilité progressive, d'autres par contre bougent, voire accomplissent certains mouvements en relation avec les scènes expérimentées durant la transe. Ils « hallucinent » tous les éléments de la situation et agissent comme s'ils la vivaient réellement

➤ ***Les altérations sensorielles.***

Elles sont un phénomène habituel. Les plus courantes sont la lourdeur ou l'engourdissement du corps (en particulier des membres), des sensations de flottement ou de légèreté, des impressions de chaleur ou de fraîcheur, la sensation que le volume du corps se modifie (généralement, les mains ou les pieds), la perte de la sensation du positionnement des membres (par exemple, les patients ne sentent plus/ne savent plus comment sont placées leurs mains), l'anesthésie et l'analgésie.

➤ ***La distorsion temporelle.***

Il s'agit d'une modification de la perception de la durée du temps qui s'écoule. Par exemple, le patient peut éprouver le sentiment que la séance a été plus longue ou au contraire, plus courte qu'elle ne l'a objectivement été.

➤ ***L'amnésie post-hypnotique.***

Parfois, le patient oublie ce qui s'est passé durant une partie ou durant toute la séance d'hypnose.

➤ ***L'hypermnésie.***

Elle permet de retrouver des souvenirs, consciemment oubliés.

➤ ***Autres petits signes fréquents :***

Larmolement et difficulté d'élocution.

Cette panoplie de signes et d'effets sont la « boîte à outil » de l'hypnothérapeute qui doit les utiliser dans le but du changement, toujours dans le cadre d'une thérapie. (Salem & Bonvin, 2006)

2.3.3. L'HYPNOTHERAPIE

Le but de cette partie n'est pas de détailler précisément toutes les facettes de ce vaste domaine, mais d'expliquer simplement le déroulement d'une séance ainsi que de détailler de manière pratique les techniques de base de l'hypnothérapie telle qu'elle est le plus souvent utilisée en odontologie.

2.3.3.1. LE DEROULEMENT D'UNE SEANCE

Toutes les séances d'hypnose sont différentes mais elles comportent toutes six phases pouvant se chevaucher : (Becchio & Jousselin, 2002)

2.3.3.1.1. LES PREALABLES

Rappel : L'hypnothérapeute doit adapter son attitude à chaque séance et à chaque patient, ses actes sont personnalisés et spécifiques.

Cette adaptation a pour but :

- D'obtenir la confiance du patient par une attitude d'écoute bienveillante;
- De se renseigner sur ses attentes et ses motivations ;
- De rechercher ce que représente pour lui l'hypnose, et de la démystifier, si nécessaire.

Cette anamnèse permet :

- De justifier l'indication d'hypnose ;
- De détecter une contre-indication éventuelle ;
- D'obtenir un maximum d'éléments utiles à la stratégie thérapeutique.

Ces préalables constituent l'essentiel de la première rencontre avec un patient, aucune étape ne doit être négligée.

2.3.3.1.2. LES PRELIMINAIRES

Les préliminaires installent la relation dans un cadre de travail hypnotique spécifique.

Cela consiste en un ensemble de consignes facilitant son confort, préparant l'approche thérapeutique et développant une relation de confiance.

Cette étape est propice à la mise en place d'un **ancrage**. Ce procédé consiste à effectuer un geste, une action ou à prononcer un mot ou une phrase en début de séance ; ceci sera répété de manière strictement identique à la fin de la séance.

Selon Erickson, l'ancrage favorise l'amnésie de certains contenus de la phase thérapeutique, facilite les inductions futures et potentialise les résultats de la thérapie.

Parlons également du **signaling** qui peut être mis en place lors de cette phase :

C'est un moyen de communication essentiel. Il permet au patient d'envoyer, de façon confortable et guidée, des informations au thérapeute et permet ainsi à celui-ci de s'adapter en fonction de ces signaux. Ces signaux, volontaires au début, se transforment au cours de la séance en mouvement non volontaires, devenant ainsi un indicateur fiable de transe hypnotique.

Le plus souvent le thérapeute met en place lui-même un signaling facile, par exemple : soulèvement d'un doigt de la main.

2.3.3.1.3. L'INDUCTION

L'induction est une technique qui va aider le patient à entrer dans un état de focalisation mentale. Cet état s'accompagne d'une dépotentialisation du conscient.

Il existe de très nombreuses techniques, très variées pouvant utiliser, par exemple, la fixation de l'attention sur un objet, des sensations physiques (par exemple, la lourdeur progressive du corps ou la respiration) ou des images mentales (par exemple : un souvenir agréable).

Nous pouvons également citer la confusion comme moyen d'induction qui va saturer les fonctions logiques et critiques du patient, déstructurer son cadre de référence habituel et obscurcir son sens de la réalité extérieure. Ce qui poussera le patient à se réfugier dans son intériorité et augmentera de façon indirecte la réceptivité aux suggestions venant donner du sens. Il s'agit là d'une technique indirecte, efficace pour les personnes à tendance réfractaires.

Parmi ces nombreuses techniques, nous allons approfondir la technique dite **d'accompagnement dans un souvenir agréable**, considérée comme une façon simple de s'initier à l'induction hypnotique :

Cette méthode sera d'autant plus agréable et efficace qu'il y aura création d'une harmonie entre le patient et le thérapeute grâce à l'utilisation de moyens spécifiques :

- Le pacing
- La respiration
- Acception et utilisation
- Le choix des mots

➤ *Le pacing*

Le pacing consiste à imiter sans singer. Lors de la phase préliminaire, l'hypnothérapeute observe et étudie la gestuelle et la façon de s'exprimer du patient, et, se « fond » dedans par la suite.

➤ *La respiration*

L'hypnothérapeute doit harmoniser sa respiration avec celle du patient. Par exemple en parlant sur le temps expiratoire du patient. L'observation du rythme respiratoire nous donnera par la suite des indications sur le déroulement de la séance.

➤ *Acceptation et utilisation*

Lors de l'entretien préalable, il est demandé au patient de fournir un souvenir agréable. C'est un matériel que l'hypnothérapeute doit accepter quel que soit son contenu et l'utiliser comme trame de l'accompagnement.

➤ *Le choix des mots*

Quelques principes :

- Utiliser les mots du patient ;
- Employer des mots flous, vagues, ayant une signification la plus large possible. Pour laisser le maximum de liberté au patient dans sa reviviscence du souvenir ;
- Parsemer le discours de mots à connotation agréable (saupoudrage qui conforte le patient dans son souvenir) ;
- Eviter les mots à connotations négatives (Ex : problèmes, obstacles...) ;
- Se méfier de la négation qui peut être mal perçue (Préférer « c'est bien réussi » à « c'est pas mal réussi ») ;
- Se méfier du littéralisme qui fait que parfois, en état de transe, les mots sont pris de façon littérale (Exprimer « l'agréable sensation du soleil » plutôt que « la brûlure du soleil »).

2.3.3.1.4. LA PHASE THERAPEUTIQUE

La phase thérapeutique a pour but l'utilisation des potentialités de l'hypnose sur un patient dorénavant en transe.

Grâce à des règles de communications qui vont être les vecteurs du changement, le thérapeute va orienter le patient vers le but souhaité (Analgésie, amnésie, distorsion temporelle...).

L'hypnose ericksonienne préconise une façon de communiquer permissive, respectueuse du patient et de son libre arbitre, afin de situer le sujet comme acteur

principal de son changement, donnant aux suggestions un sens particulier en fonction de son vécu et de ses capacités.

Voici une liste non exhaustive de ces moyens de communications : (Godin, 1992)

➤ *Les suggestions ouvertes*

Il s'agit de suggérer sans heurter de front la résistance du sujet. La suggestion ouverte propose un grand nombre de propositions, afin d'augmenter la probabilité de tomber juste. Ainsi pour suggérer l'apparition d'une sensation dans une main, il est proposé toute une gamme de possibilités, le froid, le chaud, une détente, une lourdeur, un engourdissement, etc. Et pour éviter tous risques, l'hypnotiseur peut ajouter à sa liste, "ou une toute autre sensation".

➤ *Les suggestions indirectes*

Les suggestions indirectes permettent de contourner les réticences, les craintes, les résistances du sujet et sont très bien comprises et acceptées par l'esprit inconscient si elles sont en accord avec ses valeurs profondes.

Quelques exemples de suggestions indirectes :

L'allusion : elle favorise les associations psychiques dans une direction voulue par le thérapeute. Exemple il suffit d'évoquer l'air du large pour mieux respirer.

L'implication : Il est possible de formuler directement la suggestion "*vos yeux se ferment*". Plus indirectement, la suggestion sera plus facilement acceptée: "*et quand pensez vous que vos yeux se fermeront ?*" En posant une question, le thérapeute implique la fermeture prochaine des paupières.

Un exemple fourni par Erickson : « *Peut-être aimeriez-vous garder les yeux ouverts, et j'aimerais que vous le fassiez aussi longtemps que cela vous est possible. Naturellement, nous clignons tous des yeux tôt ou tard* ». (Erickson, Malarewicz, & Fleiss, 2009)

La Présupposition : variante de l'implication dans laquelle le praticien insère une idée dont le patient doit accepter la réalité pour que la phrase ait un sens pour lui : « *Je ne sais pas si vous allez entrer en transe directement ou si vous allez y rentrer progressivement* ». Cela présuppose que, dans tous les cas, le sujet entrera en transe. C'est une alternative illusoire, car toutes les options proposées au patient convergent dans la même direction. (Meggle, 2005)

Le double-lien : C'est un paradoxe de la communication qui place le sujet dans une situation où il perd la possibilité de choisir. Il en existe de plus ou moins complexe et de plus ou moins efficace. Quelque soit le comportement du sujet, il sera celui que le thérapeute lui prescrit. Si un sujet résiste à une suggestion de fermeture de paupière le thérapeute peut énoncer:

« Et vous avez envie de résister... et c'est tellement agréable de résister.... mais à mesure que vous résistez... vos paupières deviennent de plus en plus lourdes... »

Au lieu d'essayer de vaincre la résistance, l'hypnotiseur l'accepte. Elle devient par cette formulation, non plus un obstacle, mais une étape permettant l'apparition des phénomènes hypnotiques. Paradoxalement l'hypnotiseur dit « plus vous résistez à l'hypnose plus vous êtes hypnotisé ».

Bien sur il est toujours possible d'échapper au paradoxe du double lien. Il faut pour cela communiquer sur la communication et passer à un autre niveau logique. Ainsi le sujet peut commenter l'énoncé de l'hypnotiseur et dire : « *ce que vous me dites est complètement idiot* ». Il est possible de faire face à cette réponse.

L'erreur consisterait à répondre : « *mais pas du tout, ce que je dis est sensé* », et se lancer ensuite dans un cours sur le double lien et les théories de la communication. Il est encore une fois plus efficace d'accepter cette réponse et de reconstruire un double-lien en disant par exemple: « *vous avez entièrement raison, et plus ce que je dis est idiot, plus vous pouvez entrer à l'intérieur de vous même et expérimenter une détente,...* ». (Malarewicz, 2009)

Le saupoudrage : En parlant, l'hypnotiseur isole des mots ou des groupes de mots pour les détacher imperceptiblement de l'ensemble de son discours. Pour cela il peut aménager des pauses autour du mot ou en modifier légèrement la tonalité ou l'intensité. Ces mots isolés de l'ensemble vont prendre plus ou moins inconsciemment, une importance particulière pour le sujet qui va reconnaître le message et entendre l'idée.

*« J'espère que vous allez **m'écouter confortablement** tandis que je vous parle d'un plant de tomate. C'est un drôle de sujet de conversation. On devient **curieux**. Pourquoi parler d'un plant de tomate? On dépose une semence de tomate dans le sol. On peut sentir l'espoir **que ça se développera** pour donner un plant de tomate qui va procurer la **satisfaction** par son fruit. La semence **absorbe** l'eau ce qui n'est pas très difficile à faire grâce aux pluies qui amènent la **paix** et le **confort**, etc ». (Malarewicz & Godin, 2005)*

Ici en parlant d'un plant de tomate, Erickson suggère au sujet qu'il va se passer quelque chose facile à réaliser lui permettant de se sentir mieux.

Les métaphores : Suggestion indirecte par excellence, c'est un message à plusieurs niveaux qui permet de faire passer un message caché dans un discours imagé et créatif. Ce message camouflé est une proposition qui s'adresse à l'inconscient. (Benhaïem, L'hypnose médicale, 2003)

La métaphore a pour but l'activation d'un cheminement inconscient où le sujet va trouver des orientations ou des solutions personnelles. Chaque personne qui entend ce type de suggestion en retire des choses souvent très différentes voire opposées, mais qui correspondent vraiment à ses besoins.

La métaphore doit correspondre au « problème » du patient, elle doit également comporter une stratégie et une solution.

Toutes les suggestions doivent amener le patient à comprendre que les ressources nécessaires à au changement résident en lui et non dans un soi-disant pouvoir de l'hypnothérapeute.

Une fois que le « cercle vertueux » de la confiance en soi est enclenché, le patient ressent profondément que son meilleur allié, c'est son inconscient, grand réservoir de ressources.

Utilisation des résistances : L'hypnothérapeute doit tout d'abord repérer les signes de résistance par une observation attentive.

Acceptant la façon de s'exprimer du patient, Il doit ratifier ces manifestations afin de les diminuer, elles perdent alors leur objet d'obstacle. Enfin il doit tenter d'utiliser ce mode de communication. Il faut accueillir favorablement ces signes qui sont un lien de communication entre les deux acteurs de la rencontre.

Il peut être utile de mobiliser ces résistances ce qui revient à les utiliser. Si l'hypnothérapeute parvient à utiliser les signes de résistance, ceux-ci ne sont plus des résistances et permettent un travail très important, adapté à l'attitude du patient. (Becchio & Jousselin, 2002)

Pour Erickson : **La résistance est une information qui indique que quelque chose n'a pas été pris en compte dans le fonctionnement inconscient de la personne** : tous les obstacles seront des indications précieuses pour le thérapeute afin d'accompagner la personne confortablement : pas de lutte mais une analyse inconsciente et consciente du sens des résistances.

2.3.3.1.5. TERMINAISON, LA SORTIE DE L'ETAT HYPNOTIQUE

Le retour représente le moment crucial où l'expérience vécue en transe va s'intégrer dans le quotidien ordinaire du sujet.

L'achèvement d'une hypnose se fait progressivement. La sortie proprement dite de l'état hypnotique sera précédée d'un temps de latence durant lequel le praticien fera

des suggestions post-hypnotiques positives de détente et de bien-être. Ensuite, le thérapeute accompagnera, par exemple, le « réveil » en comptant et en demandant au patient de remonter progressivement à chaque chiffre énoncé. (Becchio & Jousselin, 2002)

2.3.3.1.6. ENTRETIEN POST-HYPNOTIQUE

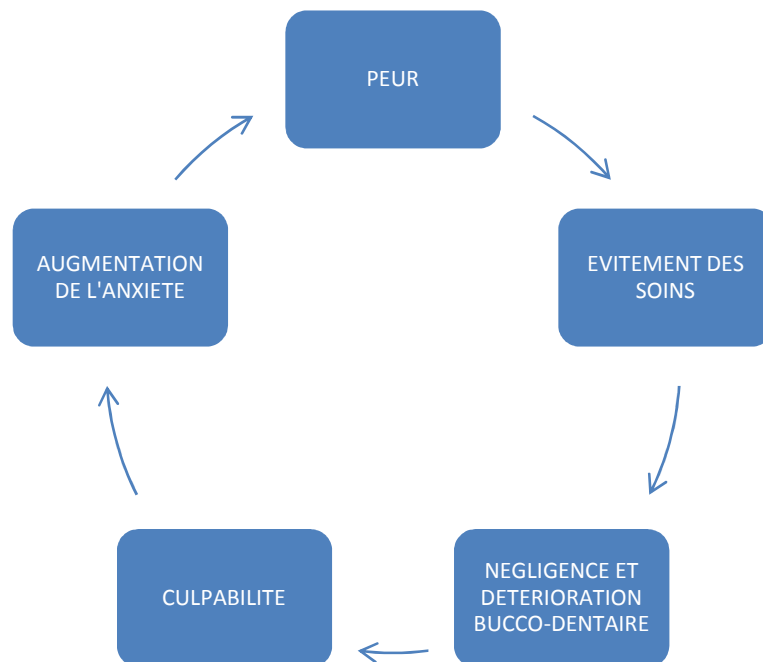
On prendra soin de permettre à la personne de narrer son vécu de la transe et ce pour deux raisons au moins :

- La personne donnera des informations qui permettront au thérapeute d'adapter au mieux ses techniques lors des séances ultérieures.
- Le patient livre également des indications capitales quant à sa psychologie. Ne pas être à l'écoute de ces informations pourrait altérer la confiance nécessaire à la pratique de l'hypnose thérapeutique.

2^{ème} PARTIE : POURQUOI INTRODUIRE L'HYPNOSE AU CABINET DENTAIRE

1. LE CABINET DENTAIRE : UN CONTEXTE PARTICULIER

Le cabinet dentaire alimente chez beaucoup de patient un état de mal-être qui nuit à l'efficacité et au bon déroulement des soins. On entre rapidement dans le cercle vicieux que l'on peut schématiser de cette façon :



Malgré l'évolution des techniques et du matériel, rares sont les personnes totalement sereines à l'idée de leur prochain rendez-vous chez leur dentiste. Il semble donc qu'il serait appréciable de développer l'approche de l'aspect psychologique de notre métier dans le but d'améliorer la qualité de travail et de vie au sein du cabinet dentaire, aussi bien pour le patient, que pour le praticien et son personnel.

C'est pourquoi l'utilisation de l'hypnose au cabinet dentaire sera tournée principalement vers ce but, avec pour préalable de bien connaître les origines de ce mal être.

1.1. LES SYMBOLES MIS EN JEU AU CABINET DENTAIRE

1.1.1. LA BOUCHE ET L'ORALITE

L'oralité se fonde sur plusieurs niveaux : (Morel, 2009)

➤ PHYSIQUE

A travers la nourriture notamment et tous les plaisirs oraux (alcool, tabac...)

➤ SEXUEL

Elle constitue une zone érogène de premier ordre, source fondamentale de plaisir (succion voluptueuse, baiser, fellation).

➤ AFFECTIF

Elle décrit le mode de communication fusionnel, avec désir de faire entrer l'autre en soi (de l'avalier).

➤ INTELLECTUEL

Elle crée l'éventail des représentations, par la découverte « buccale du monde ». (Le bébé qui porte tout à sa bouche)

On peut créer une représentation de l'homme en associant la taille de chaque partie du corps et la proportion de cortex sensoriel ou moteur qui lui est associée. Cette représentation est appelée Homunculus sensitif ou moteur :

On voit clairement dans le schéma suivant l'importance relative de la bouche dans le schéma corporel.

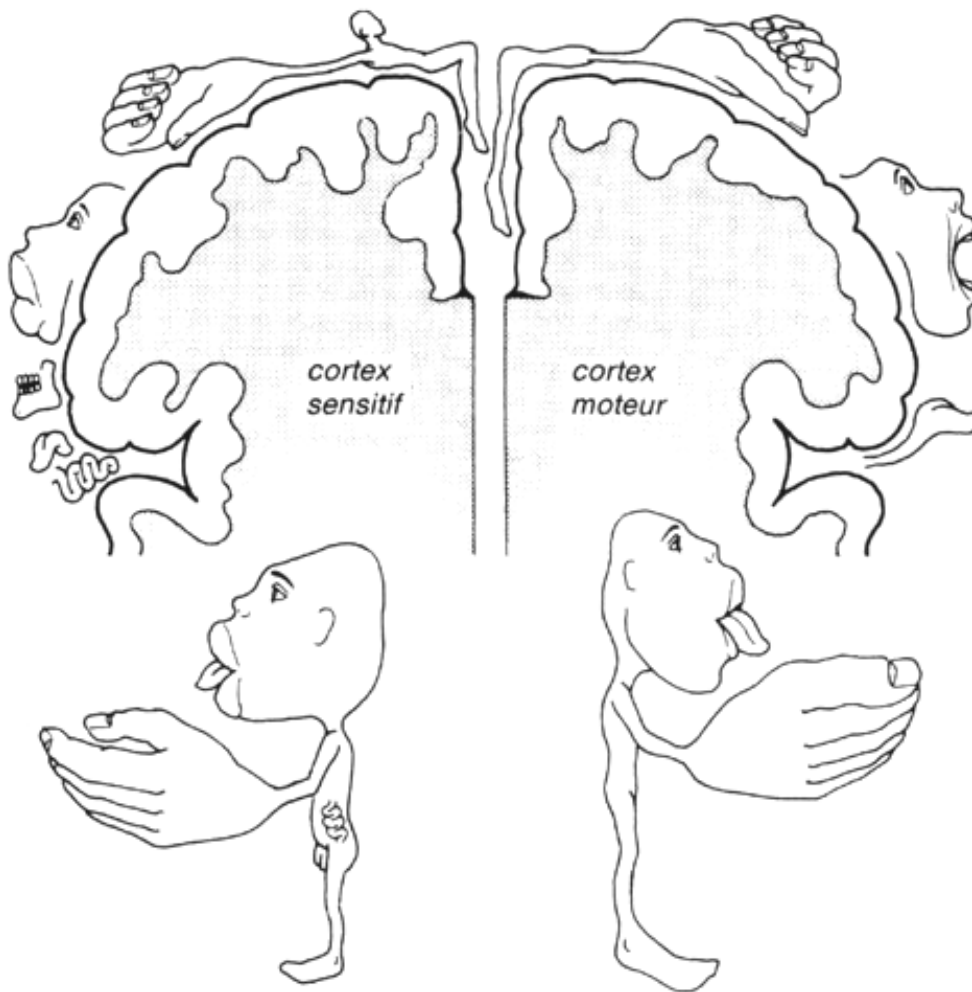


Figure 2 : Homonculus sensitif (à gauche) et homonculus moteur volontaire (à droite), (d'après Godefroid, J. - 1988, modifié).

La première fonction de la bouche est celle de manger, ainsi le nouveau né l'utilise lorsqu'il cherche le sein de sa mère, et, par instinct, commence à le sucer. Toutefois, à la différence des autres organes de la face, qui servent principalement à une seule fonction, la bouche est utilisée pour embrasser, sourire, hurler, parler et chanter. En d'autres mots : Pour s'exprimer.

A la bouche est inséparablement liée la parole qui a une fonction magique et créatrice. (Bussagli, 2006)

La culture Judéo-chrétienne dans laquelle nous baignons ne fait pas exception : Dans l'ancien testament, Elohim dit : « *Que la lumière soit. Et la lumière fut.* »

Mais la valeur de la parole n'est pas seulement positive, et comme la bouche qui ne se contente pas de parler ou d'embrasser, mais dévore, elle peut aussi détruire. Ainsi dans l'apocalypse de saint Jean (XIX-15) : « *De la bouche sortit une épée aiguisée à double tranchant...* »

« *Ce n'est pas ce qui entre dans la bouche qui souille l'homme ; mais ce qui sort de la bouche, c'est ce qui souille l'homme.* » (Matthieu, XV, 11)

La bouche est la principale porte du corps, ouverte ou fermée, dispensatrice de bienfaits ou génératrice de faute. De nombreuses croyances la désigne d'ailleurs comme indissociable de l'âme, qui pénètre ou sort du corps par cet orifice. Selon les prérogatives des superstitions, l'âme peut s'échapper du corps lorsque la personne baille ou encore un démon peut profiter de la béance ainsi formée pour s'introduire dans son corps. (Analogie démon-dentiste ?) (Waring, 1990)



Figure 3 : Le christ chassant du corps un démon (XVIIème siècle)

A cette assimilation à un orifice, toute pénétration dans celle-ci peut être assimilée à un viol, une agression ou à un non-respect de l'intégrité corporelle.

La bouche est la jonction entre le social et l'intime, passé la barrière des lèvres, c'est une sphère intime. Une intimité parfois devenue taboue au cours des expériences vécues. Ainsi la bouche et ses annexes impliquent un rapport au monde propre à chacun. Ce lien au monde s'inscrit dans l'histoire de chacun de par ses différentes fonctions (goût, odorat), ainsi que par les connotations sociales, esthétiques et sexuelles.

*La nature est un temple où de vivants piliers
Laisserent parfois sortir de confuses paroles ;
L'homme y passe à travers des forêts de symboles
Qui l'observent avec des regards familiers.
Charles BAUDELAIRE
(Les Fleurs du Mal)*

« Les dents, la bouche c'est la communication, la voix, l'intime. Dans l'imaginaire du patient, le chirurgien-dentiste pénètre cette intimité avec ses outils et cela peut être perçu comme une intrusion », révèle Alain Amzalag. Un bon praticien est un fin psychologue qui saura décrypter et désamorcer les frayeurs. (Amzalag & Dardenne, 2006)

1.1.2. LA DENT

Pourquoi cet organe est-il la source de tant de passions dès qu'il est sujet à une lésion, une perte ou une malposition ?

En odontologie, toute douleur déclenche une angoisse et des émotions qui peuvent paraître disproportionnées par rapport à la cause.

« "Je pense, donc je suis" est un propos d'intellectuel qui sous-estime les maux de dents . »

Milan Kundera, extrait de *L'immortalité*

En fonction de la valeur que l'inconscient collectif attache à la dent, nous pouvons étudier l'image de la dent sous trois aspects : (Shwartz, 2003)

➤ **LA DENT-PENIS**

Assimilée à un principe phallique, sa perte est ressentie comme une déchéance, une régression, une mutilation. A chaque âge, elle est interprétée comme un acheminement vers la régression.

Les dents de lait apparaissent au moment où les pulsions agressives trouvent à s'exprimer sur tout ce qui n'est pas perçu comme bon. Elles deviennent un instrument possible de morsure, très vite interdit. Ce qui fait dire à **Françoise Dolto** : « *Les dents de lait sont les fruits symboliques de la castration orale : le sevrage.* »

Marie Bonaparte écrit dans un des rares textes écrit par un psychanalyste sur les dentistes, publié en 1933 dans la Revue française de psychanalyse : « *C'est à dire que pour l'inconscient de l'enfant, à la douleur de la castration symbolique de la dent tombée ou arrachée succède le triomphe de la rephallisation symbolique qu'est la poussée de la dent adulte.* »

Dès lors, il n'est pas étonnant qu'aux dents se rattachent toujours des sentiments de frustration, d'agressivité de perte, de culpabilité et que toute altération dentaire, même minime, plonge celui qui la vit dans un réel désarroi, à fortiori lorsque les altérations sont multiples et répétitives. Toute douleur dentaire comporte toujours un arrière fond de châtement. (Ferragut, 2000)

➤ LA DENT SYMBOLE DE VIE

Un sourire denté est synonyme de force, de puissance, de vie. Un sourire édenté évoque la vieillesse, l'avachissement, la tristesse, la passivité. L'enfant grandit, il acquiert des dents d'adultes ; l'adulte vieillit, il perd ses dents.

« Je perds mes dents, je meurs en détail. »

Voltaire

Perdre ses dents, c'est être dessaisi de sa force agressive, de jeunesse, de défense : C'est la perte de l'énergie vitale, tandis que la mâchoire saine et bien garnie atteste la force virile et confiante en elle-même.

Par ailleurs, les dents ne sont pas putréfiables comme les autres éléments constitutifs du corps humain. Sur le cadavre, elles restent encore intactes de nombreuses années. J.G Frazer pense que cela pourrait être la raison pour laquelle certaines tribus y attachent leurs espoirs d'immortalité. Dans certaines peuplades, les dents de lait sont consommées afin de récupérer en soi l'énergie vitale. (Frazer, 1911-1915)

➤ L'IMAGE DES DENTS DANS LA CULTURE POPULAIRE

« Avoir une dent contre quelqu'un », « être armé jusqu'aux dents » : ces expressions traduisent la sensation de puissance que nous confèrent les dents.

Si les animaux se servent de leurs mâchoires et de leurs crocs pour se nourrir et se battre, l'homme, quant à lui, utilise ses dents pour mordre afin de s'alimenter, parfois pour se défendre. Nous mettons en parallèle l'image de la dent et celle de force, d'agressivité et de virilité. Ces trois concepts sont intimement liés : Arme est synonyme de pénétration, donc de virilité. Dans le contenu même du symbole phallique s'intègre l'idée de réserve de vie ou d'éternité.

La denture participe également à un concept qui prend de plus en plus d'importance : l'esthétique du sourire. Le sourire, moyen très subtil de communiquer avec l'autre, tout en nuances, vous dévoile souvent bien plus qu'un simple discours. Le sourire est la parole du visage, il l'éclaire. L'esthétique dentaire a pourtant un rôle majeur dans les rapports sociaux, la confiance en soi et le pouvoir de séduction d'un individu. (Cela nous renvoie à l'image d'arme utilisée pour la séduction.)

Nous nous rendons compte, par l'importance des forces mises en jeu dès que l'on touche à la sphère buccale (forces de vie de mort, sexuelles), que nous sommes loin du modèle en plâtre placé dans un fantôme (sans âme) sur lequel l'étudiant en chirurgie dentaire apprend à faire ses gammes. Cette dimension doit être prise en considération dans l'approche de tout patient afin de déceler et de désamorcer les symboles anxiogènes ou au contraire s'en servir pour renforcer notre action.

1.1.3. SYMBOLIQUE DU DENTISTE

Le chirurgien dentiste, « père », « castrateur impitoyable », est devenu du fait des progrès de son art, le rephallisateur. Mais s'il se produit un manque à rephalliser, pour une raison financière, technique ou autre, le praticien se trouve déchu au rang d'arracheur de dents, on assiste alors à un violent contre transfert. (Shwartz, 2003)

1.1.4. HYPNOSE ET SYMBOLE

L'hypnose utilise le langage de notre inconscient, celui des rêves, une séance où l'on pratique l'hypnose est en quelque sorte conçue comme un film dont le patient est l'acteur principal. Elle est élaborée à partir des symboles, des motivations, des émotions, des sensations et des blocages exprimés par le patient lors d'un entretien préalable.

Le symbole donne du sens et donc réduit la souffrance. Nous souffrons d'autant plus que nous ne savons pas pourquoi nous souffrons. Georges Colleuil explique : « *Travailler le symbole éclaire le chemin. Inscrire du symbole dans son existence consiste à mettre du sens dans la chaîne chaotique des événements. Si l'histoire a un sens, si la vie a un sens, si la souffrance a un sens, tout n'est pas perdu, il y a un horizon* ». (Colleuil, 2005)

« Ce que nous appelons symbole est un terme, un nom ou une image qui, même lorsqu'ils nous sont familiers dans la vie quotidienne, possèdent néanmoins des implications, qui s'ajoutent à leur signification conventionnelle et évidente. Le symbole implique quelque chose de vague, d'inconnu, ou de caché pour nous. Un mot ou une image sont symboliques lorsqu'ils impliquent quelque chose de plus que leur sens évident et immédiat. Ce mot ou cette image, ont un aspect "inconscient" plus vaste, qui n'est jamais défini avec précision, ni pleinement expliqué. Personne d'ailleurs ne peut espérer le faire.

Lorsque l'esprit entreprend l'exploration d'un symbole, il est amené à des idées qui se situent au delà de ce que notre raison peut saisir. » (Jung, 2002)

Le symbole est la plus petite unité de la métaphore, composé d'un seul objet, image ou mot représentant l'essence même de l'attribut qu'il représente. (Par exemple : une pièce de monnaie peut être une représentation symbolique de l'abondance)

Dans un contexte thérapeutique, les métaphores sont parmi les outils les plus efficaces pour aider les patients à trouver de nouveaux modes de pensée ou de comportement. Lorsque ces métaphores sont judicieusement construites et utilisées, elles deviennent très efficaces dans la promotion du changement, car elles communiquent directement avec l'inconscient sans passer par l'esprit critique du conscient.

1.2. LE CABINET DENTAIRE : UN LIEU « STRESSANT »

1.2.1. DEFINITIONS DES « STRESS » RENCONTRES AU CABINET DENTAIRE

Nous commencerons par définir quelques émotions que tous les chirurgiens dentistes connaissent pour les côtoyer régulièrement.

➤ **LA PEUR**

Phénomène psychologique à caractère affectif marqué, qui accompagne la prise de conscience d'un danger réel ou imaginaire, d'une menace. Réaction instinctive qui a pour but la protection de l'intégrité physique de l'individu. (Le Robert, 2010)

➤ **L'ANXIETE**

Etat de trouble psychique causé par le sentiment de l'imminence d'un événement fâcheux ou dangereux, s'accompagnant parfois de phénomènes physiques. (Le Robert, 2010)

➤ **L'ANGOISSE**

Malaise physique et psychique, né du sentiment de l'imminence d'un danger, caractérisée par une crainte diffuse pouvant aller de l'inquiétude à la panique et par des sensations pénibles de constriction épigastrique ou laryngée (reliés aux notions de peur et d'anxiété). Dans ce cas la peur n'a pas d'objet précis, le danger imminent qui provoque ce sentiment n'est pas identifié. (Le Robert, 2010)

On peut considérer l'angoisse comme étant la forme majeure de l'anxiété, accompagnée de réactions neurovégétatives. Ces réactions somatiques sont caractérisées par une « sensation de resserrement de la région épigastrique avec striction respiratoire et cardiaque, malaise général, constriction céphalique,

accélération de la respiration et du pouls » (Garnier & Delamare, 2001). Ces réactions peuvent aussi accompagner les formes sévères d'anxiété.

➤ **LA PHOBIE**

Crainte excessive, malade et irraisonnée de certains objets, actes, situations ou idées. Le sujet reconnaît le caractère injustifié de sa peur, mais il ne peut y faire face.

Ainsi le phobique des soins dentaire alterne les tentatives d'approche et les évitements vis-à-vis du dentiste. (Le patient type est celui qui annule systématiquement le jour même tout en reprenant un rendez-vous pour une date ultérieure)

Dans le langage courant, ces notions de peur, d'anxiété, d'angoisse, de phobie se confondent et nous ramène à un concept plus général de « stress », dont une définition peut être : « Situation, fait traumatisant pour l'individu » (Le Robert, 2010)

Ce stress doit être géré au mieux par le dentiste, dans les cas où le patient est dépassé par ses émotions afin de permettre une pratique de l'art dentaire sereine et efficace. Les comportements liés à ces émotions négatives sont connus depuis longtemps comme l'aspect le plus difficile de la gestion des patients et peut être une barrière à l'accomplissement de soins corrects (Peretz & Ram, 2002).

1.2.2. STRESS DU PATIENT

La chirurgie dentaire est bien souvent une des spécialités médicale les plus redoutée, nos actes étant souvent considérés comme inéluctablement et systématiquement douloureux ; de plus ils sont inévitables, répétés et souvent irréversibles.

En dépit des progrès techniques, il y a encore de trop nombreux patients conditionnés négativement par des expériences personnelles ou de leur entourage, et pour qui, les lieux, les odeurs, les bruits, voire même la seule perspective du rendez vous, constituent des stimuli anxigènes et déclenchent un réflexe conditionné de défense et une angoisse profonde.

1.2.2.1. LES ORIGINES

➤ LE CONDITIONNEMENT FAMILIAL

L'histoire du rapport personnel du patient vis-à-vis du dentiste commence avant même la première visite. L'enfant ou l'adulte qui arrive pour la première fois au cabinet dentaire a déjà une vision fantasmée de la situation, résultat de l'influence de l'entourage proche. Souvent cette image est négative influençant inévitablement la manière d'aborder cet événement. Freud considère que l'inconscient garde en mémoire tout ce qu'il entend sans jugement critique. Considérant que ce que l'on entend à propos des dentistes est généralement peu flatteur, le patient entrant au cabinet dentaire ressent la plupart du temps une appréhension qui n'a pas de raison objective.

➤ LES EXPERIENCES ANTERIEURES

Un patient ayant déjà eu une expérience traumatisante que ce soit sur le plan physique ou émotionnel subira une réminiscence de ce souvenir lors de sa venue au cabinet.

Ceci fait intervenir la notion de « mémoire émotionnelle », selon le modèle de Bower ou Beck cité par Graziani et al (Graziani, Hautekeete, Rusinek, & Servant, 2001), la personne anxieuse aura tendance à se souvenir en premier lieu des événements anxigènes de son parcours. Lorsqu'elle traitera l'information, elle repérera en priorité les éléments anxigènes et les événements non anxigènes seront encodés

autour de l'anxiété. La mémoire émotionnelle représente un filtre affectif de lecture de l'environnement.

Cela aura pour effet de provoquer une angoisse d'anticipation de la douleur à venir abaissant le seuil de tolérance à la douleur.

1.2.2.2. LES FACTEURS STRESSANTS AU CABINET DENTAIRE

1.2.2.2.1. RELATIFS A L'ATMOSPHERE DU CABINET :

- Assistante froide, praticien pressé : Le patient ne se sent pas le bienvenu,
- Odeurs spécifiques du cabinet dentaire : Importance d'une bonne aération,
- Bruits : Le bruit de la turbine est anxiogène pour nombre de patients, mais aussi les cris d'un enfant résonnant dans la salle d'attente, augmentant l'anxiété générale. Importance d'une bonne isolation,
- Couleurs agressives des locaux,
- Eclairage agressif : préférer une lumière naturelle,
- Les locaux : trop exigus, ils peuvent donner un sentiment d'oppression. Le cabinet doit être propre et bien ordonné,
- Vision d'instruments anxiogènes.

1.2.2.2.2. RELATIFS AUX ACTES THERAPEUTIQUES :

Nous côtoyons la douleur de manière très fréquente lors de notre activité. C'est souvent elle qui motive la demande de soins, mais aussi, il nous est parfois difficile de ne pas la provoquer au cours de nos actes cliniques. La relation de cause à effet est rapidement établie par le patient.

De plus, nous travaillons sur un territoire innervé par le trijumeau, nerf le plus réflexogène de l'organisme, possédant de nombreuses connexions avec les autres nerfs crâniens et avec les systèmes sympathiques et parasympathiques. Les douleurs intervenant sur le territoire du nerf trijumeau ont, de plus un caractère affectif. La sphère orale étant, comme nous l'avons vu précédemment, liée à une symbolique conséquente. Tout ceci provoque une angoisse d'anticipation qui majore les douleurs existantes (Rager, 1973). La douleur en dentisterie est le type même de douleur majorée par l'anxiété (Grossman, 1978).

Parmi les peurs les plus courantes, on peut citer :

- Peur de l'anesthésie ;
- Fraisage sur dent vivante ;
- Peur de la douleur elle-même.

1.2.2.2.3. RELATIFS A LA RELATION AVEC LE CHIRURGIEN-DENTISTE :

➤ UNE VISION FANTASMÉE DU DENTISTE

Au XV^{ème} siècle apparaît le terme de **charlatan**, il désignait des vendeurs ambulants qui passaient de marchés en marchés. Vendre des drogues et "arracher" des dents étaient leurs spécialités. Souvent accompagnés de troupe d'artistes dont les élucubrations avaient pour but de masquer les cris du malheureux patient, sanglé sur sa chaise.

Leurs drogues inefficaces ainsi que leur art dentaire désastreux ont fait évoluer ce terme qui désigne désormais par extension tout imposteur exploitant la crédulité publique (Le Robert. Dictionnaire historique de la langue française, 1995). De plus leurs activités en public ont fortement marqué l'inconscient collectif.

Les représentations picturales de cette époque montrent la violence des actes dentaires :



Figure 4 : Domenico Tiepolo le charlatan 1727-1804

A titre d'exemple, à Laprugne, un village de l'allier d'environ 375 habitants aujourd'hui, avant les années 60 et l'installation d'un cabinet de dentiste itinérant, il fallait, en cas de "rage de dents", soit, aller chez le dentiste au chef-lieu de canton, soit consulter un "arracheur de dents". Le site internet retraçant l'histoire du village nous informe sur les différents protagonistes ainsi que leurs "techniques" :

Au début du siècle, ce rôle était tenu par le maréchal-ferrant. A l'aide d'un crin de cheval arraché à la queue de l'animal, il confectionnait un nœud coulant qui enserrait la dent malade. Il tenait fermement l'autre extrémité du crin et présentait devant le consultant un fer à cheval chauffé à blanc. Le malheureux se reculait brusquement et la dent s'en trouvait arrachée. La cautérisation s'effectuait généralement avec un verre d'eau de vie.

Dans les années 30, la relève fut effectuée par un agriculteur du village. Il avait quelque peu modifié la technique puisqu'il utilisait des pinces et un tisonnier. Les

pincettes servaient à emprisonner la dent et le tisonnier chauffé au rouge produisait un violent mouvement de recul du patient. La douleur devant être assez forte, une anesthésie locale et préventive était encore pratiquée sous forme d'un premier verre d'eau-de-vie. Un second verre, après l'extraction, permettait de réduire les risques d'infection et rehaussait le moral du patient. (<http://pagesperso-orange.fr/r.saintaubin/arracheurs.htm>)

Nul doute que ces pratiques alimentent encore l'imaginaire de certains habitants ainsi que celui de leurs enfants et petits enfants...

Actuellement, les représentations du dentiste, qui sont essentiellement véhiculées par les médias sont rarement glorieuses, citons le film emblématique : « le dentiste » de Brian Yuzna, sorti en 1996. Ce film relate l'histoire d'un dentiste qui suite à un choc affectif est soudain sujet à des hallucinations : les dents et les gencives lui apparaissent noires, pourries et répugnantes. De retour à son cabinet, cette vision se transforme en pulsions meurtrières. L'histoire est en fait prétexte à un enchaînement de scènes de tortures à la limite du supportable.

Quelques citations :

« Qu'est-ce que les gens veulent dire quand ils disent : « Je n'ai pas peur de Dieu parce que je sais qu'il est bon » ? Ceux qui disent ça ne sont donc jamais allés chez le dentiste ? »

Sinclair Lewis, prix Nobel de littérature 1930

« Y'a trois choses qu'on ne peut pas regarder en face : le soleil, la mort et le dentiste. »

Alex Metayer, extrait de : *Opéra comique*

Les cinéastes, les artistes en général, n'hésitent pas à grossir le trait et ne se soucient guère de vraisemblance afin d'obtenir le résultat escompté : rire ou effroi selon le cas. Nous, les professionnels, pouvons prendre les choses au second degré, car nous savons que cela ne se passe pas ainsi dans les cabinets dentaires ; mais qu'en est-il pour nos patients spectateurs ?

➤ **PARTICULARITES DE LA RELATION DENTISTE-PATIENT**

Dans cette relation le patient est en position « basse ». La situation allongée, bouche ouverte lui donne un sentiment d'impuissance voire de perte de contrôle. Ce sentiment peut parfois conduire à des régressions à des comportements infantiles comme le rejet, la peur, que le patient ne maîtrise pas forcément. A cela s'ajoute la peur d'être jugé pour son comportement.

De plus, dans ce contexte anxiogène, la sensibilité du patient à tout ce qui émane du dentiste est exacerbée. La communication verbale et non-verbale prend toute son importance, le praticien doit donc faire attention à ne pas utiliser de mots, d'expressions, de mimiques ou d'attitudes anxiogènes.

Le thérapeute se doit de connaître les sources de stress du patient, ceci afin de les minimiser quand cela est possible ou tout du moins être capable de percevoir leurs manifestations (Mimiques, agressivité, posture, crispation, ton, timbre de la voix...) afin de pratiquer une écoute efficace qui va rassurer le patient compris dans ses inquiétudes. Ceci sera le premier pas vers une gestion du stress efficiente.

1.2.3. STRESS DU PRATICIEN

Par définition, il y a « stress », quand les pressions auxquelles nous sommes soumis dépassent les ressources dont on dispose pour y faire face. C'est-à-dire une distorsion entre l'organisation du travail et les ressources propres du chirurgien dentiste. Une rupture se crée entre les satisfactions et les contraintes de ce métier.

Cela se joue à un niveau psychique (tension nerveuse, irritabilité...), auquel peut s'ajouter une dimension physique (manque de sommeil, maux de dos,...), qui vient renforcer le stress initial. (Haynal & Pasini, 1992), (Quelet J. , 1993)

A l'état léger, le stress risque de provoquer un sentiment d'anxiété qui peut se manifester physiquement par des maux de tête ou d'estomac. Le stress chronique, par ailleurs peut donner lieu à des problèmes mentaux plus graves et conduire à une maladie mentale comme la dépression clinique. (Mc Cullough, Klein, & Shea, 1992)

Le stress chronique peut aussi ébranler le corps et provoquer fatigue, ulcère, hypertension et hypercholestérolémie, ce qui peut entraîner crise cardiaque, angine de poitrine ou accident cérébro-vasculaire. (Brandon & Waters, 1996)

Le stress aigu risque également de renforcer la tendance à abuser de l'alcool ou d'autres drogues. (Markowitz, 1993)

Le bureau international du travail classe la profession de dentiste comme une des plus stressante, car le chirurgien dentiste est l'un des seuls professionnels de santé à soigner à longueur de journée des patients éveillés, cumulant ainsi stress de l'acte clinique et stress du patient. Pression à laquelle s'ajoute celle de la gestion d'un cabinet, tâche à laquelle il n'a pas été formé. Ruel Kellermann dans une enquête sur le stress des dentistes (Ruell-Kellermann, 1980) pense que le stress majeur vient du fait que le savoir et la pratique de la dentisterie sont séparés par une réalité émotionnelle. L'apprentissage est basé en grande partie sur la technique, la gestion du stress étant une réaction gérée de façon autonome, en fonction de la personnalité de chacun.

La surexposition professionnelle au stress peut conduire à un syndrome de burn-out. Cet épuisement professionnel, lié à une surexposition au stress, est l'état physique et mental dans lequel on bascule lorsqu'on malmène son corps et son esprit au point d'en épuiser toute force et toute énergie. Véritable destruction psychologique personnelle, il s'installe insidieusement et se manifeste via une multitude de petits symptômes dont l'intensité et la concomitance varient selon les sujets et l'état d'avancement du syndrome. Manque d'énergie, travail perçu comme une corvée, détachement, cynisme voire agressivité vis-à-vis des patients, chute de l'estime de soi, autodestruction... en sont les principales manifestations. Des manifestations dont on mesure l'intensité selon trois axes :

- Épuisement émotionnel ;
- Dépersonnalisation ;
- Inaccomplissement personnel.

Lorsque leur niveau monte au-delà d'un certain seuil, il est trop tard. Une longue période de convalescence devient nécessaire. D'où la nécessité de rester vigilant pour prévenir ce stress et pour cela identifier ses sources. (Rada & Johnson-Leong, 2004)



Figure 5 : Burn Out du chirurgien dentiste

1.2.3.1. LES FACTEURS DE STRESS

➤ Sources de stress physique:

- **Lumière** : Les éblouissements et les contrastes dans la zone de travail sont sources de fatigue visuelle.

- **Bruit** : Le chirurgien-dentiste est soumis continuellement à un ensemble de bruits (aspiration, compresseurs, téléphone, turbine...). 40% des praticiens déclaraient avoir des problèmes d'audition. (Ginisty, 2002)
- **Température** : Le cabinet doit avoir une température constante et confortable (utilisation de la climatisation).
- **Posture** : Une mauvaise position de travail est à l'origine d'un mal de dos qui, s'il devient chronique, déclenchera un stress physique important. Le mal de dos est la première cause de demande d'invalidité du chirurgien dentiste.

➤ *Stress lié à l'acte clinique :*

- **Peur de faire mal** : Ruel Kellermann ressort de son enquête qu'il s'agit d'une des principales préoccupations du praticien. Cette confrontation à la douleur ou à la peur de faire souffrir provoque une certaine culpabilité. (Ruell-Kellermann, 1980)
- **Le Perfectionnisme** : Selon le Dr Paul L'Africain, le côté perfectionniste des dentistes les prédispose à la dépression. Il estime que, dans le contexte actuel de productivité, où la pression sur les dentistes est forte, les risques sont accrus d'y succomber. «La nouvelle génération de dentistes, qui doit dans la plupart des cas acquérir une clientèle afin d'ouvrir un cabinet, est souvent contrainte à faire de la "dentisterie de marathon", où les patients défilent pour rentabiliser l'entreprise, explique t'il. Cela crée une grande insatisfaction puisque le dentiste ne peut s'occuper de ses patients comme il le souhaiterait.» (L'Africain, 2008)
- **Nature répétitive de certains actes** : Celle-ci peut engendrer une monotonie de la pratique dentaire, peu stimulante, entraînant une baisse de l'estime de son métier et par prolongation une baisse de l'estime personnelle.

➤ **Stress lié à la gestion du patient :**

- **Aspect commercial du métier :** Le recouvrement des honoraires, la négociation et l'aspect commercial du métier éclipsent parfois le caractère thérapeutique et clinique des soins.
- **Gestion des patients difficiles ou non-coopérants :** Le chirurgien-dentiste doit non-seulement veiller à son stress mais a également pour rôle de s'occuper de l'anxiété du patient, ce qui demande une grande maîtrise de ses émotions, augmentant la pénibilité du travail.

➤ **Stress lié à l'organisation du travail :**

- **Travail sans assistante :** Assurer seul toutes les tâches courantes du cabinet dentaire représente une masse de travail considérable, de plus l'assistante a un rôle très important au niveau de la gestion de la relation avec la patientèle.
- **Répartition de la charge de travail :** D'après l'enquête conduite par Flourent.J , 77,2% des praticiens consultant moins de 30 minutes sont stressés contre 25% de ceux qui consultent plus de 30 minutes ; 65,4% de ceux qui répartissent la charge de travail sur 3,5 jours ou moins sont satisfaits de la répartition de leur charge de travail contre 77% de ceux qui travaillent 4 jours ou plus ; enfin 50% des praticiens travaillant avec assistante sont stressés contre 58% chez ceux travaillant sans assistante. (Flourent, 2006)

On peut en conclure que le stress augmente lorsque l'on s'impose des cadences de travail importantes, qui parfois peuvent dépasser nos propres aptitudes.

➤ *Stress lié à la gestion d'un cabinet*

- **Pression financière** : Le cabinet est une entreprise, devant faire des investissements judicieux et rembourser ses prêts. Une des principales causes de stress pour le praticien (Ruell-Kellermann, 1980), avec les années d'expériences, les appréhensions dues à l'exécution des actes techniques tendent à diminuer, le stress résultant de la gestion du cabinet dentaire, véritable PME, reste élevé en dépit de l'expérience du praticien. (Bourassa & Baylard, Stress situations in dental practice, 1994)
- **Rapports avec le personnel** : De mauvaises relations avec le personnel du cabinet sont difficiles à vivre au quotidien, pouvant entraîner une érosion de l'autorité ou des conflits générateurs de tensions.

1.2.4. STRESS DE L'ASSISTANTE

Les compétences de l'assistante sont à la fois techniques, administratives et relationnelles. Sa responsabilité se situe à plusieurs niveaux :

- de l'hygiène et de l'asepsie ;
- de l'assistance technique ;
- de l'assistance psychologique auprès du patient ;
- des documents administratifs.

L'assistante est confrontée aux patients stressée, au praticien stressé, aux multiples responsabilités quotidiennes d'un cabinet dentaire (rendez-vous, urgences, stérilisation, etc.) et elle a, aussi, sa vie personnelle à gérer.

Les principales sources de stress sont : (Locker, Burman, & Otchere, 2006)

- Le travail sous la pression constante de l'agenda ;
- Courir après le retard accumulé ;
- Le sentiment d'être sous-évaluée par le praticien ;

- Ne pas avoir un travail décrit précisément.

En apparence anodines, les sources du stress se répètent et s'accumulent jusqu'à entraîner parfois des perturbations durables sur la santé. L'assistante doit donc assumer ses journées sereinement sans se laisser envahir mentalement.

2. LE CHAMP D'APPLICATION DE L'HYPNOSE EN ODONTOLOGIE

2.1. APPLICATIONS POUR LE PATIENT

➤ *L'ANXIETE*

Il s'agit de l'indication principale en médecine dentaire. Elle diminue l'anxiété en préopératoire. (Faymonville, et al., 1997)

La relaxation musculaire concomitante à l'induction de l'état hypnotique trouve aussi son efficacité en brisant le cercle vicieux crainte – douleur – tension musculaire. (Michaux, Douleur et hypnose, 2003)

Elle trouve son utilité chez les patients dont la peur et l'angoisse sont des obstacles pour le bon déroulement des soins. (Bourassa, Hypnodontie, 1988), (Brisseaux & Varma, 1992). L'hypnose s'adresse donc principalement à ces patients anxieux ou angoissés, permettant notamment de faciliter les séances ultérieures. (Allain, L'hypnose: application en odontologie, 2003), (Quelet J. , 1993)

En outre, elle permet le traitement de phobies particulières (pique, bruit de la turbine..), la phobie dentaire peut également être traitée avec succès chez des patients ayant eu des expériences antérieures négatives par modification du souvenir en une expérience positive. (Yapko, 2003)

➤ *GESTION DE LA DOULEUR*

La majorité des douleurs intenses inhérentes aux pathologies dentaires et à leur traitement, est totalement contrôlable par les techniques anesthésiques pharmacologiques, dont l'efficacité et l'innocuité ne sont plus à démontrer. La douleur, perception sensorielle et émotionnelle désagréable, modulée par de

nombreux paramètres cognitifs, socioculturels et environnementaux, nécessite une prise en charge multidimensionnelle dont l'hypnose fait partie.

La plus part du temps, l'état hypnotique est obtenu en guidant le patient dans un souvenir agréable dont le thème est généralement défini lors de la consultation, les différentes suggestions (principalement indirectes dans le but de contourner les résistances et de respecter les "craintes" du sujet) vont permettre la modification des perceptions douloureuses : la composante émotionnelle de la douleur est modifiée et la sensation douloureuse est d'avantage analysée comme un inconfort.

Price et Barber ont démontré dans une étude expérimentale que l'hypno-analgésie diminuait la composante affective de la douleur («l'émotion désagréable») de 80% et sa composante sensorielle de 45%. (Forster, 1998)

➤ **GESTION DES URGENCES**

La douleur, qui motive la plupart des consultations urgentes au cabinet dentaire, est la plupart du temps accompagné d'une anxiété importante, parfois disproportionnée, mais toujours réelle. L'utilisation de la stratégie hypnotique aura pour but d'obtenir une dissociation de l'esprit facilitant la gestion des composantes émotionnelles de la douleur, celles-ci étant particulièrement intenses lorsqu'elles sont reliées à une douleur d'origine buccale. (Virot, 2007)

Le thérapeute emploie les goûts et centres d'intérêts du patient pour l'amener vers des expériences agréables en collaboration avec le patient (on ne parle pas d'urgences vitales). Ainsi lors de la transe il est possible d'obtenir une anxiolyse et une analgésie qui permettront une gestion apaisée de l'urgence.

Cet outil est particulièrement efficace avec les enfants car c'est un outil ludique qui atténue de manière significative les perceptions douloureuses en focalisant l'attention sur un sujet imaginaire loin du geste douloureux.

➤ **GESTION DU SAIGNEMENT**

L'hypnose peut aider à réduire le saignement de la zone sous traitement. Ainsi l'expérience de soins est moins traumatique pour le patient et la visibilité meilleure pour le praticien. (Yapko, 2003) ; (Patel, Potter, & Mellor, 2000) ; (Schaerlaekens, 2003)

➤ **GESTION DU REFLEXE NAUSEUX**

Par les effets sur le relâchement musculaire. (Noble, 2000)

➤ **GESTION DES HABITUDES ORALES NEFASTES**

Des résultats sont obtenus par un meilleur contrôle des muscles masticatoires, ainsi qu'une réduction de la douleur associée. (Yapko, 2003). L'hypnose est aussi utilisée lors de tics, succion du pouce ou onychophagie. (Wood & Zadeh, 1999)

➤ **GESTION DE L'HYPERSALIVATION OU DE LA XEROSTOMIE**

Cela favorise le confort de travail et permet une meilleure cicatrisation. (Rode, 1985) ; (Patel, Potter, & Mellor, 2000) ; (Schaerlaekens, 2003)

➤ **INDICATIONS EN PROTHESE**

L'hypnose peut être utilisée pour prévenir le réflexe nauséux lors de la prise d'empreinte. On peut aussi l'utiliser pour faciliter la recherche de la relation centrée grâce au relâchement musculaire induit. (Stern, 1991)

En outre, l'emploi de suggestions destinée à faciliter l'adaptation du patient à sa prothèse permet de limiter le nombre de séances consacrées aux retouches inspirées par des douleurs diffuses d'origine psychosomatiques et contracte le temps d'adaptation réel du patient à sa prothèse. (Barsby, 1994)

➤ **AMNESIE, DISTORSION TEMPORELLE DE LA SEANCE**

Cela permet au patient de supporter de plus longues séances sans pour autant avoir eu l'impression d'être rester aussi longtemps que la réelle durée de la séance.

➤ **MOTIVATION A L'HYGIENE DENTAIRE**

Utilisée pour encourager une meilleure prise en charge de la santé dentaire. (Kelly, McKinty, & Carr, 1988)

2.2. APPLICATIONS POUR LE PRATICIEN ET SON EQUIPE

Comme nous l'avons vu précédemment, chirurgien dentiste est une profession courant un risque élevé de burn-out.

L'exercice de la profession requiert des efforts physiques et mentaux importants et induit une tension nerveuse considérable. C. de Mondragon explique : « *cet effort positionnel, cette attention manuelle, visuelle, ce contrôle gestuel et instrumental, associés aux réactions d'un patient, lui-même peut être contracté et sur la défensive, aboutit à une tension singulière, elle-même à la longue facteur de surmenage, voire de dépression* ». Tout cela entraîne bien souvent des répercussions menaçant la santé du praticien. (Charon & Raulo, 1985)

L'hypnose offre également de nombreuses perspectives dans l'amélioration des conditions de travail au cabinet dentaire.

- Possibilité de réaliser des soins pénibles lors de séances plus longues dans des conditions plus confortables. (Quelet J. , 1993)
- En favorisant la créativité, elle permet de lutter contre la monotonie de certains actes routiniers.

- Obtention d'une meilleure organisation de la vie professionnelle. En effet la recherche constante d'un cabinet dentaire le plus ergonomique et agréable possible font partie intégrante de la démarche hypnotique.
- Amélioration du rendement et de l'efficacité tout en diminuant les efforts fournis par l'abaissement de la tension nerveuse. Ce qui en outre favorise la prise de décisions réfléchies.
- Amélioration de l'ambiance générale du cabinet. Le travail se déroulant dans le calme et l'harmonie, les conflits sont minimisés.
- L'implication nécessaire de l'assistante dans la démarche hypnotique est une source de satisfaction au travail.
- L'alliance thérapeutique est augmentée favorisant l'acceptation et la réussite des plans de traitements.
- Le praticien et l'assistante peuvent profiter en même temps que le patient des avantages d'une hypnose positive. Les suggestions faites au patient opèrent également sur ceux qui les entendent et permettent ainsi une détente générale favorisant un travail plus serein. (Ruyschaert, 2003)
- Le praticien ménage ainsi sa santé aussi bien physique que mentale, et préserve sa vie personnelle de la fatigue et de la tension résultant de sa vie professionnelle. (Quelet J. , 1993)

L'hypnose apporte dans le cadre de l'activité d'un cabinet dentaire beaucoup de sérénité, une relation saine et agréable entre l'équipe soignante et les patients, et modifie de façon positive le comportement de chacun dans cette relation. Elle permet de réaliser les soins dans une ambiance beaucoup moins stressante, elle permet aux patients qui reculent sans cesse leurs soins dentaire d'aller jusqu'au bout de leurs soins. Elle permet des changements intérieurs chez le patient même s'ils ne sont pas recherchés directement. Tout cela doit être réalisé dans le cadre de nos compétences, à l'intérieur d'un contrat établi avec le patient, et des objectifs clairs pour chacun. (Zeidan J. , 2006)

3. CAS PARTICULIER DE L'ENFANT

3.1. L'ENFANT ET LES SOINS DENTAIRES

L'enfant qui entre dans l'univers du cabinet dentaire, souvent inconnu pour lui, l'associe bien volontiers à des représentations construites d'expériences antérieures ou de fantasmes transmis par l'imaginaire collectif. Selon son âge, son développement psycho-affectif, mais aussi sa propre histoire, l'enfant sera plus ou moins apte à faire face à la situation de soin. (Benhaïem, L'hypnose aujourd'hui, 2005)

La prise en charge comportementale est un aspect critique des soins dentaires pour l'enfant. Beaucoup de techniques ont été décrites, incluant des méthodes pharmacologiques et non pharmacologiques. Certains enfants sont néanmoins en grande difficulté face à la situation de soins dentaires, ce qui entraîne alors le refus de toute intervention, constituant pour lui une contrainte dont il ne comprend pas toujours la nécessité.

Pour un imaginaire d'enfant extrêmement fécond, les sources de l'anxiété peuvent prendre de multiples formes mais l'anesthésie en est la procédure la plus génératrice pour les enfants comme pour les adultes (Peretz & Ram, 2002). En deuxième lieu, on retrouve les bruits et les vibrations que les instruments rotatifs occasionnent.

Les patients devenus adultes évoquent aussi : (Benhaïem, L'hypnose aujourd'hui, 2005)

- La douleur ;
- La perte de contrôle (détresse) ;
- Un comportement désagréable du dentiste ;
- Des échecs de traitements.

Si les événements traumatiques relatés se situent dans l'enfance, les peurs et les phobies peuvent n'être pas, ou pas seulement, liées à ces événements traumatiques. Les conditions psychologiques, l'adaptation psychosociale des enfants développant des peurs et des phobies dentaires ont parfois été jugées plus largement responsable de ces comportements spécifiques. La composante d'influence, en particulier de la mère est particulièrement importante. Il existe en effet une forte corrélation entre l'anxiété de la mère et celle de l'enfant.

Centrer la relation sur l'enfant, ce sera reconnaître et accepter que l'enfant ne doit pas se comporter pour faire plaisir à l'adulte, parent ou praticien, mais au contraire chercher à l'aider à acquérir et développer les capacités à gérer ses propres besoins émotionnels dans la relation de soins. (Benhaiem, L'hypnose aujourd'hui, 2005)

L'hypnose permet de renforcer la relation médecin - patient et stimule considérablement le potentiel d'effort du patient et sa créativité (Trechslin, 1998). Elle apparaît donc comme une méthode adaptée et de premier choix pour appréhender l'enfant d'une manière efficace.

3.2. L'ENFANT ET L'HYPNOSE

« Les enfants aiment qu'on leur raconte des histoires. Ils sont parfois « dans la lune », jouent au gendarme et au voleur, au pilote, à la maman et au docteur. Ils sont partants pour imaginer, inventer et créer. Ce programme est précisément ce que leur propose leur hypnothérapeute qui utilise ces merveilleuses dispositions des enfants pour les aider à traverser une épreuve. »

Benhaiem J-M. directeur du Diplôme universitaire d'Hypnose médicale à La Pitié Salpêtrière.

3.2.1. AGE ET HYPNOTISABILITE

Le seul point commun entre les différentes études concernant l'hypnotisabilité en fonction de l'âge est la présence chez les sujets jeunes d'un fort taux de sujets hypnotisables.

Utilisant les échelles de Stanford, Morgan et Hilgard, sur un échantillon de 1232 sujets, obtiennent un maximum de susceptibilité à l'âge de 9 à 12 ans puis on observe une régression progressive du niveau de susceptibilité hypnotique. (Morgan & Hilgard, 1973) .

Ces résultats sembleraient liés à des modifications en profondeur de l'attitude par rapport aux suggestions. Pour l'enfant, la suggestion est parfaitement acceptable, et même enviable : c'est l'espace du jeu et du rêve, elle n'entraînerait donc aucune résistance particulière. (Michaux, Halfon, & Wood, Manuel d'hypnose pour les professions de santé, 2007)

3.2.2. SPECIFICITE DE L'HYPNOSE CHEZ L'ENFANT

La suggestion chez l'enfant bénéficie de leur grande faculté à imaginer. (Stern, 1991)

L'hypnose permet à l'enfant de focaliser son attention ailleurs. Les enfants grâce à leur imaginaire, adhèrent activement et de manière ludique à la technique. Souvent ils ne se rappellent plus, ni du geste, ni de la douleur qu'ils ont pu avoir. Ils se souviennent d'avoir fait un rêve agréable ou d'avoir vécu une très belle histoire. Le plus souvent, ils ont envie de recommencer cette technique sans l'appréhension du geste douloureux futur. (Michaux, Douleur et hypnose, 2003)

Les dentistes formés à l'hypnose décrivent tous le même phénomène : l'utilisation de cette technique chez l'enfant rend l'acte dentaire confortable voire amusant, et venir chez le dentiste devient un plaisir plutôt qu'une contrainte. (Violon, 1996)

Cependant la méthode doit être bien expliquée à l'enfant. Il est essentiel qu'il y adhère et accepte celle-ci. (Michaux, Douleur et hypnose, 2003)

L'hypnose impose un praticien formé, un patient réceptif aux suggestions hypnotiques, une motivation de l'enfant à vaincre son anxiété face aux soins dentaires. (Dajean-Trutaud, Frayse, & Guihard, 1998)

3^{ème} PARTIE : MODALITES POUR L'INTRODUCTION DE L'HYPNOSE AU CABINET DENTAIRE

1. L'ENVIRONNEMENT DU CABINET, UN ELEMENT A PRENDRE EN COMPTE

Le cadre, l'environnement, peuvent faire partie de la thérapie. Soigner globalement un être humain implique une démarche centrée sur la personne et non seulement basée sur les actes techniques.

L'accueil et l'accompagnement du patient dans un environnement le moins anxiogène possible font partie intégrante des soins dans toute démarche thérapeutique médicale et en particulier dans la démarche hypnotique. (Hospital, 2002)

1.1. CONCERNANT LES LOCAUX

L'hypnose est pratiquée aussi bien au bloc opératoire, où le patient est dans une ambiance stérile avec des éclairages artificiels ainsi que les différents bruits de la salle d'opération (monitoring, aspirations...), au sein de cabinet de psychanalystes dotés d'une décoration stylée, canapé en velours et musique d'ambiance, elle fut même pratiqué par le chirurgien James Esdaile (1808-1859) au sein de la East India Company à Calcutta sur des bagnards dans des conditions qu'on imagine assez sordide (Rager, 1973).

On en déduit donc qu'une hypnose réussie peut être pratiquée dans n'importe quel endroit. Cependant dans le contexte du cabinet dentaire, on peut considérer que certaines mesures peuvent être prises pour en quelque sorte « optimiser » ce lieu pour en faire un endroit harmonieux et propice à la relaxation, au lâcher-prise nécessaire à l'induction hypnotique. Ceci, bien entendu, dans la mesure du possible car s'agissant d'un lieu de soin, nous serons amenés à réaliser un compromis entre l'utile et l'agréable. Nous développerons ici quelques pistes.

1.1.1. UNE ATMOSPHERE CALME

Le bruit est une nuisance quotidienne qui peut avoir des conséquences néfastes sur le bien être de ceux qui y sont exposés. Les patients sont soumis à quantité de sons dont certains peuvent être très anxiogènes: Instruments métalliques, ventilateurs, climatisation, turbines, téléphone, auxquels peuvent s'ajouter les bruits venant de la salle de stérilisation ou de la salle d'attente.

Quelques recommandations pour réduire la pollution sonore :

- Préparer l'intervention en l'absence du patient ;
- Préférer l'instrumentation stérile plastique à usage unique à celle métallique ;
- L'aspiration doit être utilisée avec parcimonie ;
- Téléphones, fax doivent être coupés dans la salle de soins ;
- Choix des instruments rotatifs en fonction de leur sobriété et de leur silence ;
- Insonorisation des locaux lors de l'installation
- Choix d'un mobilier silencieux, (tiroirs, placards).

Travailler dans une ambiance apaisée, la plus silencieuse possible, sera utile au patient, lui permettant de se concentrer plus facilement sur son expérience interne (Yapko, 2003). Ce sera également bénéfique au praticien et à son entourage.

1.1.2. UNE LUMIERE ADEQUATE

Quand on envisage les différentes sources lumineuses, la première notion à respecter est qu'il ne faut pas se couper de la lumière naturelle, donnant un sentiment d'ouverture, diminuant ainsi le sentiment d'oppression qui peut saisir certains patients lors de l'entrée dans la salle de soin.

Le but de cette démarche est d'obtenir un confort visuel "subjectif" aussi bien pour le patient que pour le praticien. Il est donc nécessaire d'avoir un éclairage suffisant, bien adapté et confortable, pour donner une bonne perception de notre travail, un bon rendu des couleurs et une bonne ambiance.

Pour cela il faut éviter :

- Les éblouissements ;
- Les ombres ;
- Les contrastes excessifs.

Un éclairage doux, non agressif, donnant une impression de confort est ainsi préférable à la pratique de l'hypnose. (Yapko, 2003)

1.1.3. EQUIPEMENT

Le choix des meubles devra donner une impression de compétence et d'adéquation avec une pratique moderne de l'art dentaire. Un cabinet ordonné et muni d'un équipement propre et récent aura tendance à mettre le patient en confiance. Une disposition aérée permettra également de favoriser une impression d'aise plutôt que d'oppression si l'ameublement est trop chargé.

Une attention particulière devra être apportée au choix du fauteuil, qui doit pouvoir supporter convenablement la tête et le corps sans que le patient n'ait à faire d'effort de posture. De plus, les bras devront pouvoir être disposés de chaque côté du corps

sans effort de maintien particulier, ceci afin de pouvoir vivre les exercices de lourdeur ou de lévitation sans contraintes lors des séances hypnotiques.

1.1.4. CHOIX DES COULEURS

Le choix des couleurs reste avant tout une affaire personnelle, cependant, certains conseils peuvent être prodigués afin de créer une atmosphère propice à un travail de relaxation. Il est ainsi conseillé d'éviter un maximum les couleurs agressives telles que le rouge ou l'orange foncé, ou encore les couleurs à connotations négatives telles que le noir ou le gris foncé.

Pour une bonne atmosphère de travail, des couleurs réfléchissant de 60 à 80% la lumière sont généralement bien choisies pour les murs.

Si le plafond n'est pas dans la ligne de vision du praticien, une peinture blanche doit être utilisée pour permettre le maximum de réflexion de la lumière. Si le plafond est dans la ligne de vision, une teinte délicate sera préférée.

Un sol grisâtre, qui paraît sale, a un effet psychologique défavorable sur le patient et absorbe une grande quantité de lumière qui pourrait être utilisée à des fins plus avantageuses. (Racz, Comment voir son cabinet dentaire, 1997)

1.1.5. FENG SHUI ET CABINET DENTAIRE

Art millénaire Chinois, le Feng Shui, littéralement « Eau et Vent », est un art de vivre qui associe bien-être et environnement.

Véritable science de l'habitat, cette philosophie combine architecture, agencement d'intérieur, orientations, couleurs et matériaux, de façon à créer autour de nous un cadre de vie propice à notre équilibre. Adapté à tous les lieux de vie (maisons, bureaux, cabinets...), le Feng Shui a pour but d'établir un juste équilibre entre les énergies qui nous entourent.

Basé sur les règles de l'équilibre du « Yin et du Yang », de l'harmonie entre les « Cinq Eléments » et des directions de la « Boussole », le Feng Shui nous aide à améliorer notre environnement selon une circulation harmonieuse de l'énergie appelée le « Chi »

- **Le Chi** : Egalement appelé « Souffle de Vie », le Chi est la force énergétique qui traverse notre environnement. Le principe est que les énergies Chi circulent doucement et librement afin de transporter les ondes positives à l'intérieur de notre habitat.

- **Le Yin et le Yang** : sont les deux forces opposées mais néanmoins complémentaires qui composent notre univers. Le Yin est la représentation du féminin, le Yang du masculin. Le Yin est associé à l'ombre, au calme et à la douceur. Le Yang est associé à la lumière, à l'activité et à la force. Le principe est bien évidemment d'équilibrer ces énergies entre elles.

Sous des aspects qui peuvent paraître à la limite de l'ésotérisme, le Feng Shui se traduit dans les faits par un ensemble de conseils pragmatiques qui permet de parvenir in fine à une disposition harmonieuse des différents éléments du cabinet. Ces recommandations sont pour la plupart simples à mettre en œuvre et peuvent servir de base à une réorganisation du cabinet. (Topol & Peled, 2006)

- **L'ENTREE DU CABINET :**

-Le hall d'entrée est le lieu d'accueil de votre cabinet. Il reçoit et oriente le flux des énergies « Chi ». Il est donc impératif de garder l'entrée de votre cabinet claire et bien dégagée.

- Dès l'entrée, disposez l'espace réception. Préférez une zone d'accueil arrondie. Vous permettrez ainsi au Chi de circuler harmonieusement jusque dans votre cabinet.

- Si votre accueil est un accueil un « open-space », placez les bureaux de façon à ce que les personnes puissent se faire face et assurez-vous que chacun ait suffisamment d'espace pour travailler tout en conservant son intimité.

- Vous pouvez placer dans votre entrée de grandes jarres ou pots décoratifs. Selon la tradition chinoise, ils apportent richesse et abondance pour les affaires !

- LE CABINET DENTAIRE :

-Séparez si possible votre espace bureau de votre espace fauteuil

-Placez votre bureau de manière à voir l'entrée et l'ensemble de la pièce.

Evitez de vous asseoir dos à une porte ou à une fenêtre. Préférez un endroit protégé, dos au mur.

- L'emplacement de votre fauteuil détermine votre degré de concentration et d'efficacité. Installez-le de façon à pouvoir circuler librement autour tout en ayant vos instruments à portée de main et facilement accessibles.

- Mettez vos airs de musique préférés aussi souvent que possible ! La musique purifie l'atmosphère et rechargera votre cabinet de nouvelles énergies.

- Disposez quelques photos ou objets personnels sur votre bureau. Rien de plus déprimant que l'anonymat ! Placez sur votre bureau une petite plante qui dissipera les radiations de votre ordinateur.

- LA SALLE D'ATTENTE :

-Elle doit être spacieuse et aménagée de façon chaleureuse et agréable.

- Faites en sortes que vos fauteuils ou canapés soient disposés les uns en face des autres afin de conserver une bonne harmonie. Ne les placez pas dos à une porte. Si possible adossez-les à un mur.

- Disposez des plantes hautes à larges feuilles dans les coins de la pièce. Elles développent la croissance et le renouveau et dynamiseront ainsi l'énergie de votre salle d'attente.

- Accrochez des tableaux aux murs ! Les objets d'art amplifient les énergies positives.

- LES COULEURS :

Privilégiez les couleurs suivantes:

- le bleu « Equilibre » : le bleu représente l'élément Eau. Le bleu est considéré en Feng Shui comme une couleur ayant des pouvoirs médicaux et spirituels. Il calme et rafraichit l'atmosphère. Il suggère également autorité, patience et sérieux.

- Le vert « Sérénité » : le vert symbolise l'élément Bois. Les Chinois pensent qu'il a le pouvoir de guérir et de stimuler la croissance. Le vert apaise le système nerveux. Il suggère harmonie, calme et sérénité.
- L'orange « Amitié » : l'orange est associé à l'élément Terre. Toutes les nuances d'orange (ocre, terre, ...) encouragent la communication. Elles stimulent la créativité et conviennent donc aux lieux où se tiennent des réunions ou des activités sociales.
- Le jaune « Optimisme » : le jaune est la couleur royale (or). C'est la couleur du soleil et de la lumière et est donc perçue comme une couleur très dynamisante. Elle est à la fois source d'optimisme et d'inspiration.

1.2. CONCERNANT L'ENVIRONNEMENT HUMAIN

L'accueil par l'assistante est le premier contact avec le cabinet, il est donc déterminant pour la représentation que se fera le patient des soins à suivre. Un accueil chaleureux laissera entendre au patient qu'il est le bienvenu, à l'inverse, un accueil froid lui laissera comprendre qu'il n'est pas considéré et viendra renforcer son anxiété. A noter que le premier contact téléphonique suit les mêmes règles.

L'atmosphère régnant entre les différents intervenants, praticien et assistante en général pourra également être de nature anxiogène si cette relation est mauvaise.

Toutes ces mesures "environnementales" sont destinées à favoriser une relaxation naturelle du patient, ou, à ne pas les augmenter.

2. DEROULEMENT D'UNE SEANCE

2.1. ACCUEIL DU PATIENT

Le premier contact du patient avec le cabinet est primordial. Il faudra veiller à ce que l'atmosphère, l'ambiance du cabinet véhicule une image de calme et de maîtrise. L'accueil sera chaleureux et personnalisé afin que le patient se sente considéré.

Lorsque le praticien est prêt, il invite lui-même le patient à passer en salle de soins. L'attitude du chirurgien-dentiste doit s'inscrire dans la continuité de l'ambiance sereine de l'accueil, et ainsi présenter une image de calme et de maîtrise par un comportement approprié et une parfaite connaissance des techniques qu'il propose. Ce cadre va faciliter l'écoute, l'évaluation du degré d'anxiété et du type de personnalité du patient, et ceci afin d'adapter sa prise en charge. Il faut décoder les détails dans le comportement du patient qui seraient révélateurs comme par exemple, la place qu'il choisit dans la salle d'attente, la position qu'il adopte sur le fauteuil ou encore le soutien moral qu'il cherche auprès de la personne qui l'accompagne (Brisseaux & Varma, 1992). Le praticien doit rapidement savoir reconnaître à qui proposer un traitement avec accompagnement sous hypnose.

2.2. L'ANAMNESE

Explorer le passé médical du patient relève d'une obligation, elle permet, en outre, de faire une observation clinique du patient, son passé médical et dentaire, et d'évaluer son profil psychologique. (Peretz & Ram, 2002)

2.3. UTILISATION DE L'HYPNOSE SOUS FORME CONVERSATIONNELLE

Pour les cas d'anxiété légère ou d'intervention peu douloureuse, il suffira d'employer l'hypnose sous la forme d'une conversation banale. Il s'agit d'intégrer l'hypnose dans le langage habituel, elle est alors utilisée comme un moyen global de communication.

La mise en place de l'hypnose conversationnelle s'avère relativement aisée car il n'y a pas à expliquer l'hypnose ni à établir un cadre et un contrat. La méthode consiste à se synchroniser avec le patient, donc être à son écoute et cela s'avère un outil puissant, car il se retrouve au centre de notre préoccupation, il reprend une place centrale, il se sent respecté, écouté.

Les phénomènes décrits classiquement ne sont plus systématiquement recherchés et la séance se contente de provoquer, par l'intermédiaire de la relaxation, l'apparition d'un certain état d'esprit accompagné d'un détachement relatif vis-à-vis de l'environnement dans lequel le sujet "fonctionne" différemment, plus spontanément, et s'abandonne à son imagination et à sa fantaisie. (Nègre, 2001)

Le thérapeute converse tranquillement avec le patient, tout en favorisant la dissociation. Pour cela, le thérapeute en utilise sa spontanéité, son imagination et l'improvisation ce qui rend la technique difficile à théoriser. Le thérapeute s'efforce de focaliser l'attention du patient et l'amplifie en relevant et en soulignant les premières réactions hypnotiques du patient (respiration ralentie, relâchement musculaire), tout en suggérant que ces réactions peuvent aller en s'intensifiant (ratification et attitude permissive). Le comportement du thérapeute est important (langage verbal et non verbal) et utilisé pour intensifier les résultats. (Salem & Bonvin, 2006)

Les suggestions de l'opérateur emploient des termes du langage courant, ce qui explique en partie l'efficacité de cette approche car la conversation paraît tout ce qu'il y a de plus banal alors que certains messages sont émis à un niveau inconscient. Le langage hypnotique doit être travaillé dans le fond comme dans la forme et être parfaitement maîtrisé par le praticien. Ainsi, l'hypnothérapeute parle lentement et au rythme de la respiration du sujet (dans les faits, il parle sur le temps expiratoire du

patient pour synchroniser leurs respirations), tandis que la voix se fait plus grave et chaleureuse qu'à l'accoutumée. L'inconscient est autant sensible aux intonations de la voix qu'aux mots car il perçoit immédiatement le sens véhiculé par la communication non-verbale, ce qui inclut donc toute la gestuelle et le langage corporel. Les pauses sont importantes aussi dans le discours car en état hypnotique, les réponses verbales et motrices aux suggestions de l'opérateur sont différées car l'inconscient est plus lent, cela permet d'ailleurs de les différencier des réponses conscientes.

Sur le fond, ce langage insiste en permanence sur le confort de l'expérience en cours, il félicite et encourage le patient en permanence (Meggle, 2005). Le langage hypnotique ne s'improvise pas, car chaque mot compte, chaque suggestion a une signification précise qui, lorsqu'elle est acceptée, est exécutée au sens littéral. Plusieurs notions sont à prendre en compte, notamment que l'inconscient n'entend pas les négations, c'est à dire que si l'on dit au patient que « cela ne fera pas mal », il entend : « ca fera mal », au même titre que si l'on vous demande explicitement : « Ne pensez pas à une pomme rouge », A quoi allez vous penser ?

Le thérapeute restera vigilant aux nombreuses phrases telles que : « N'ayez pas peur », « Ne vous inquiétez pas », « Vous n'aurez pas mal » ...on les remplacera par des expressions du type : « tout se passera pour le mieux » ou « Vous allez ressentir différentes sensations, peut-être des vibrations, peut être une pression ou d'autres choses encore... ».

Il est ensuite important de valider le fait que les soins se soient bien passés, qu'effectivement ils étaient plus rapides, plus confortables, ou moins désagréables que l'idée que le patient s'en était fait, ainsi il repartira sur une note positive. (Schaerlaekens, 2003)

Pour conclure nous citerons le Dr Zeidan, qui pratique l'hypnothérapie au sein de son cabinet dentaire :

« En réalité l'hypnose commence au moment où nous établissons la relation d'écoute de respect et de prise en compte de la demande du patient. Et même si au départ il nous faut consacrer plus de temps que d'habitude, le gain de temps s'avère une évidence par la suite, car notre patient sait qu'il est compris, et chez 90 % des

patients qui appréhendent les soins il n'y a plus besoin de faire de l'hypnose formelle, ou d'être nous même stressés à les soigner ».

2.4. HYPNOSE FORMELLE

2.4.1. PRESENCE D'UN TIERS

En général, le sujet qui se fait hypnotiser ressent la présence d'un témoin comme un élément de gêne. Ceci peut être également, pour le chirurgien dentiste, un élément perturbateur. Il est d'ailleurs interdit de pratiquer l'hypnose en présence d'un tiers sans l'accord du patient, on se trouve alors en conflit avec le secret professionnel. En revanche si le patient le demande lui-même, on ne peut naturellement jamais refuser sa demande. Il est cependant nécessaire de noter qu'on ne pratiquera l'hypnose qu'en présence d'une assistante, afin de se mettre à l'abri d'une éventuelle accusation d'atteinte à la pudeur ou autre de la part du patient (cf. aspects médico-légaux)

Chez les enfants, la présence du père ou de la mère aura en général un effet calmant.

2.4.2. ENTRETIEN INITIAL

C'est une étape primordiale pour la réussite du traitement. Le patient doit dès le début savoir ce qui va se passer, le praticien doit fournir un maximum d'explications au préalable, si besoin, rectifier les fausses idées que s'en fait le sujet et obtenir le consentement éclairé de celui-ci.

L'opérateur peut choisir de ne pas utiliser le mot hypnose pour éviter toutes les connotations négatives, dans ce cas il parlera de relaxation.

Le praticien devra prendre le temps de bien poser le « cadre », « le contrat thérapeutique ». Comme nous l'avons défini dans le premier chapitre, il s'agit d'un préalable indispensable. La création du rapport thérapeutique passe par la définition d'un contrat thérapeutique établi entre le praticien et le patient, par un diagnostic d'orientation sensorielle (Système VAKOG : Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif), et l'imprégnation du monde du sujet par le thérapeute. Il est important de bien définir l'hypnose comme un outil permettant de faciliter les soins dentaires et uniquement les soins dentaires. Pendant cette étape, le praticien pourra aussi chercher à savoir si le patient a un lieu ou un souvenir agréable qui pourrait servir de support à la transe.

Le chirurgien dentiste décrit alors les différentes séquences du ou des soins à réaliser pendant la séance, puis invite le patient à s'installer confortablement.

2.4.3. INDUCTION

Cette étape consiste à guider le patient vers une "transe hypnotique", état modifié de conscience s'accompagnant des phénomènes liés à cet état et permettant l'utilisation des suggestions à but thérapeutique.

Les techniques d'induction ne sont pas strictement codifiées du fait qu'elles s'adaptent à chaque sujet. Quelques une d'entre elles sont décrites ici à titre d'information :

- Adapter le ton de sa voix: l'intensité baisse, la voix devient monocorde, insérer des pauses dans le discours ce qui permet au patient de se concentrer en lui.
- Adapter le rythme de discours à la respiration du patient: parler sur l'expiration du patient accentue l'attention du patient vers le discours du thérapeute.

- Utiliser les comportements du patient: l'utilisation des comportements non verbaux du patient sont décrits à haute voix par le thérapeute et permettent d'instaurer un climat de confiance individualisé.
- Utiliser des suggestions indirectes donc plus respectueuses des besoins et des résistances du patient
- Utiliser les valeurs du patient: le thérapeute emploie les goûts et centres d'intérêts du patient pour l'amener vers des expériences agréables.
- Donner des permissions: l'important est de ne pas imposer, de permettre au patient d'utiliser ses propres expériences. Ainsi au lieu de dire au patient « détendez-vous, respirez tranquillement » on préférera une phrase du type « lorsque vous le désirerez vous pourrez vous détendre, à votre rythme ».
- Utiliser le principe de dissociation: à l'aide de phrase comme « vous pouvez entendre les bruits de l'extérieur et vous concentrer sur ce qui se passe à l'intérieur de vous ».

2.4.4. PHASE THERAPEUTIQUE

Le patient étant désormais en transe, le chirurgien dentiste peut donc aborder progressivement un travail plus précis sur le ou les problèmes gênant les soins.

Les effets recherchés seront obtenus à l'aide de suggestions qui sont les vecteurs de la thérapie. Rappelons qu'en hypnose ericksonienne, les suggestions sont formulées autant que possible de manière indirecte, ceci afin de respecter au maximum l'intégrité morale de la personne en faisant appel à ses ressources propres.

2.4.4.1. EXEMPLE D'UN PATIENT ANXIEUX

➤ UTILISATION D'UN ANCRAGE :

Dans le cas d'un patient manifestant une anxiété générale, non ciblée sur un type de soin en particulier, il est possible de demander au patient ce qu'il lui faudrait, lui serait utile pour surpasser cette peur. Il peut répondre qu'il a besoin de courage ou bien qu'il faudrait qu'il se détende. L'objectif de l'ancrage sera alors de lui demander de se remémorer une situation où il aura fait preuve d'une telle qualité.

Ainsi lorsque le sujet revit avec suffisamment de détails les émotions et les sensations de son souvenir, le thérapeute pourra alors ancrer cette ressource dans un geste, une respiration, afin que le patient puisse y faire appel quand cela est nécessaire pour lui. Ce travail permettra, en outre, de "détacher" les ancres non-voulues à l'origine de son anxiété. (Schaerlaekens, 2003)

➤ UTILISATION DES METAPHORES :

Le but de la métaphore, de la parabole, c'est que le patient trouve lui-même la réponse, la solution, et le thérapeute se fait ici la sage-femme des solutions d'autrui. La métaphore raconte une histoire, l'histoire d'un autre et ne suscite pas nos mécanismes de défense car elle parle directement à l'inconscient en lui proposant un parcours initiatique de manière libre.

Nous allons illustrer cet exemple avec un conte de Jacques Salomé intitulé : « Le magicien des peurs », destiné aux enfants anxieux : (Salomé, 1993)

« Il était une fois, un lointain pays où les gens étaient habités par d'innombrables peurs venues du fin-fond de l'humanité. Ils ne connaissaient pas la joie, ni le rire d'ailleurs, pas plus que le plaisir, la confiance et l'amour. Lorsqu'ils entendaient parler du Magicien des Peurs, chacun était prêt à entreprendre un très long voyage pour aller le voir. Nul ne savait comment se passait la rencontre, ni ce qui s'y disait, car ceux qui en revenaient avaient beaucoup de pudeur à partager ce qui s'y était passé. Le voyage du retour s'avérait toujours plus long que l'aller, car ceux qui avaient

rencontré le Magicien des Peurs avaient besoin de temps pour faire disparaître les peurs qu'ils portaient dans leur corps.

Un jour, un enfant révéla le secret du Magicien des Peurs. Mais celui-ci parut si simple, que personne ne le crut. L'enfant raconta qu'après lui avoir pris les mains dans les siennes, le Magicien des Peurs lui murmura : « Derrière chaque peur, il y a un désir. Il y a toujours un désir sous chaque peur aussi petite soit-elle, sache le. Nous passons notre vie à cacher nos désirs, c'est pour ça qu'il y a tant de peur dans le monde. Mon unique travail et mon seul secret, est de permettre à chacun d'oser retrouver, entendre et respecter le désir qu'il y a en lui derrière chaque peur ». Personne n'acceptant de croire le jeune garçon, il finit de douter de ses propres désirs et ce n'est que beaucoup plus tard qu'il accepta d'entendre ses désirs.

Un jour, un homme décida de mettre le Magicien des Peurs en échec. Il alla le rencontrer, et lui dit : « J'ai peur de mes désirs ».

Le Magicien des Peurs lui demande alors :

-Quel désir le plus terrifiant y a-t-il en toi ?

L'homme répond :

- Le désir de ne jamais mourir.

- Quelle peur y a-t-il en toi derrière ce désir, lui demande alors le Magicien des Peurs ?

- J'ai peur de ne pas avoir le temps de vivre toute ma vie.

- Et quel est le désir de cette peur ?

- Vivre chaque instant sans rien en gaspiller, répond l'homme.

- Voilà donc ton désir le plus redoutable, lui dit le Magicien des peurs. Prend soin de ce désir, c'est un très beau désir. Si tu le respectes et lui fait une place, tu ne craindras plus jamais de mourir. »

Une telle histoire a la capacité de faire passer un message ou un enseignement sur un point précis, "surmonter une peur" pour ce conte. Quelqu'un est confronté à un certain problème qu'il résout, ou ne résout pas, d'une certaine façon. La manière avec laquelle le protagoniste surmonte son problème peut fournir une solution à d'autres personnes placées dans des situations semblables.

Un des attributs distinctifs de l'hypnose est que c'est un excellent état de conscience pour apprendre. En transe les patients sont remarquablement réceptifs aux nouvelles idées et ont souvent à leur disposition beaucoup plus d'informations personnelles que d'habitude concernant leurs expériences passées et leur conscience actuelle. Ceci fait de la transe une situation idéale pour utiliser les métaphores puisque les interprétations ont plus de chances d'être exhaustives et les résolutions d'être mieux intégrées. (Gordon, 2001)

2.4.4.2. DANS LE CAS D'UN BESOIN D'ANALGESIE

Quelques exemples : (Michaux, Douleur et hypnose, 2003)

➤ LA RELAXATION MUSCULAIRE

Fréquemment utilisée comme méthode d'induction, la relaxation musculaire est aussi considérée comme un faible état d'hypnose par de nombreux auteurs. Elle trouve son efficacité en brisant le cercle vicieux « crainte-douleur-tension musculaire ».

➤ L'ANESTHESIE HYPNOTIQUE INDIRECTE

Le thérapeute commence ici par suggérer un état d'anesthésie pour une zone corporelle qui n'est pas douloureuse. Une main ou un doigt sont indiqués. Quand cette partie du corps est bien anesthésiée, ceci à l'aide de suggestions visant à décrire les caractéristiques d'une anesthésie (engourdissement, impression de froid, lourdeur...), On réalise l'anesthésie de la zone douloureuse en la touchant avec cette main ou ce doigt.

2.4.5. REASSOCIATION ET REVEIL

Le réveil ne pose aucun problème s'il est progressif. Il est conseillé de bien insister sur le retour du patient « ici et maintenant ». Le patient revient vers la réalité quotidienne (en utilisant un décompte par exemple).

Le retour représente le moment crucial où l'expérience vécue en transe va s'intégrer dans le quotidien ordinaire du sujet.

Face à un patient récalcitrant à se réveiller, on peut citer Erickson qui murmurait : « *J'espère qu'un besoin pressant ne va pas se faire sentir...* ». Selon lui cette suggestion indirecte stimulait les muscles lisses provoquant ainsi l'envie.

Citons encore ce praticien qui proposait avec humour : « *Vous pouvez continuer à vous reposer mais cela vous coûte 50 euros l'heure.* »

2.4.6. BILAN – PHASE DE VERBALISATION

Il est conseillé d'interroger le patient sur le vécu de son expérience. La personne hypnotisée va retrouver ses croyances, ses attentes implicites et explicites face à la transe et à la thérapie. L'hypno thérapeute doit accompagner le patient car celui-ci est dans un état confus. En outre cette discussion permettra au praticien de s'assurer que le patient est bel et bien sorti de l'état hypnotique.

2.5. PARTICULARITES DE L'ENFANT

Rappelons que l'hypnose chez l'enfant n'est pas un domaine spécifique, mais les enfants, plus encore que les adultes, sont réceptifs à une démarche utilisant leur imagination. Ils préfèrent écouter des histoires au lieu d'un discours d'adulte.

La méthode doit cependant être bien expliquée à l'enfant. Il est essentiel qu'il y adhère et accepte celle-ci. Il est important de prendre le temps d'établir une relation de qualité, avec une confiance, une empathie mutuelle. Il faut chercher à connaître l'enfant, ce qu'il aime, et adapter notre langage et notre technique à son âge de développement cognitif (synchronisation verbale et non-verbale).

Il faut ensuite demander à l'enfant ce qu'il souhaite « vivre » comme expérience, et l'y accompagner. Les parents, lorsqu'ils sont présents peuvent également participer aux techniques de visualisation ou de dissociation proposées par le soignant (Michaux, Douleur et hypnose, 2003).

C'est en se mettant, pendant la séance d'hypnose, en contact plus amplement avec son imagination et à partir de ses expériences corporelles, que l'enfant va se recentrer peu à peu sur sa propre expérience, l'observer (phénomène de dissociation), la considérer différemment, découvrir des possibilités de changement et ainsi réactiver le plus efficacement possible ses propres ressources pour changer. Pour cela, il existe différentes clefs ouvrant cette porte vers l'imaginaire et permettant à l'enfant de mettre en scène les multiples facettes d'une réalité possible : le jeu, les dessins, les contes, dans lesquelles il se projette avec toute la force de son imagination pour reconfigurer son monde, changer sa relation aux autres et à soi-même. Ce sont eux les mieux placés pour développer l'approche ericksonienne d'utilisation des métaphores.

Cette aptitude de l'enfant, cette réceptivité naturelle à la métaphore peut être utilisée en racontant des histoires adaptées et intelligemment associées aux techniques de l'induction et de la suggestion hypnotique.

L'histoire est un mélange complexe d'observation, de choses apprises de l'enfant et des parents, elle est unique à chaque fois, puisqu'elle est celle de l'enfant, y compris si des éléments récurrents peuvent être renouvelés. L'important est surtout de trouver, de laisser aller la construction de l'histoire métaphorique telle que l'enfant puisse s'y projeter, laisser aller son imagination.

De nombreuses stratégies pour créer des métaphores et des histoires sont décrites. Certaines suscitent l'histoire à partir de la propre imagination de l'enfant, d'autres proposent de « se raconter mutuellement » une histoire en changeant et en faisant

évoluer cette histoire. Sont utilisées principalement des histoires sur le thème des animaux, les schémas de science-fiction, de contes de fées personnalisés...se référant aux activités et objets favoris de l'enfant.

La dissociation recherchée est indispensable pour le déconnecter d'une réalité qu'il craint. En lui racontant une histoire où il pourra se retrouver, l'enfant, projeté dans cet imaginaire, ne se sentira plus comme le seul objet d'investigation. (Courson & Landru, 2005)

Annexe : Rappels des principaux éléments de communication entre le praticien et l'enfant. (Courson & Landru, 2005)

Communication verbale	Communication non-verbale
Appeler l'enfant par son prénom	Prendre un enfant par la main
Un ton monotone et une voix douce et apaisante	Echanger des regards et ne pas perdre le contact visuel et physique avec lui
Des paroles appropriées à l'âge de l'enfant (chanson pour les tout-petits, histoire pour les plus grands...)	Avoir des gestes attentionnés (toucher la main, la joue, l'épaule) et toujours lents et non précipités
Eviter tout terme agressif (mal, piqûre...)	Créer une ambiance apaisante et rassurante (cabinet lumineux, jouer sur les couleurs, dessins d'enfants ou autres jeux...)

2.6. CONCERNANT LA GESTION DES URGENCES

A la base de la technique hypnotique dans la gestion des urgences, il y aura une écoute attentive où l'urgence ressentie sera entendue et respectée pour l'angoisse et le questionnement qu'elle génère.

En pratique, tous les types d'urgences peuvent être concernés dès que l'expression d'un patient, par ses mots ou par son corps, exprimera une angoisse qu'il n'arrive pas à gérer seul.

Dans le cas particulier des urgences, nous insisteront sur : (Virot, 2007)

- La nécessité d'une équipe rôdée. La formation du personnel du cabinet par le praticien à une communication de meilleure qualité rassure le patient dès son arrivée et limite une contamination intempestive de la salle d'attente.
- L'importance d'être "ici et maintenant", ouvert au message délivré par le patient et disponible pour sa prise en charge. Le patient reprend une place centrale dans le soin, acteur principal et non plus figurant.
- Ne pas utiliser le mot hypnose avec un patient non initié car cela ajouterait aux stress de l'urgence (peur de la perte esthétique et/ou fonctionnelle, peur de la douleur...), des valises entières de fantasmes inutilisables.

Le Dr Philippe Rault, Anesthésiste au SAMU de Rennes, praticien en hypnose et formateur en hypnose ericksonienne au CHU de Rennes, propose l'acronyme **CAPRI** :



Calme et confiance en soi permettent d'influencer dans le même sens le patient et les intervenants. Les déplacements se font dans la mesure du possible sans précipitation, les mots sont dits sur un rythme tranquille, les cris sont évités, et seuls les intervenants indispensables sont présents.

Attentif à l'environnement, aux réactions des personnes impliquées pour adapter son comportement.

Positif : les gestes techniques seront tous expliqués. Les expressions du type "Ca saigne beaucoup !", "La dent est fichue !", sont à proscrire.

Réactif : rester en alerte et avoir confiance dans le pouvoir des mots.

Imaginatif : les expressions comme "ne vous inquiétez pas", "n'ayez pas peur" doivent être évitées : Il est nécessaire de trouver une autre manière d'exprimer les mots : "je comprends votre anxiété", "je perçois votre peur, nous allons faire ce qu'il faut pour vous rendre service" sont des phrases mieux adaptées.

Ces outils sont utilisés en hypnose ericksonienne et font partie de ses principes de fonctionnement. Ainsi les techniques de communication mettent des outils pertinents à la disposition du soignant qui va les utiliser dans son domaine de compétence habituel. En consultation d'urgence, ces techniques représentent un intérêt dans la gestion du stress et de l'anxiété.

L'hypnose est un adjuvant puissant qui aide à combler le vide laissé par la pharmacopée (délais d'actions longs, majorés par l'infection, l'inflammation et l'anxiété), à laquelle on peut ajouter la froideur des techniques utilisées amenant à la mise à l'écart du patient, pourtant principal intéressé.

3. CONTRE-INDICATIONS, RISQUES ET LIMITES

3.1. CONTRE-INDICATIONS

Avant d'envisager les contre-indications concernant le patient, il est utile de rappeler que le praticien doit effacer complètement de son esprit les notions de rendement : vitesse et hypnose sont incompatibles, du moins en début de pratique.

Les risques de provoquer des troubles existent, à lui de savoir les éviter par une hypnotisation progressive ainsi que par des suggestions ouvertes et indirectes.

Les principales contre-indications : (Chaves & Dworkin, 1997) (Ruyschaert, 2003) (Salem & Bonvin, 2006)

- Personnes avec des problèmes psychiatriques, (névrotiques, psychotiques).
- Si le patient craint la technique ;
- Si le patient se soumet au traitement sous la pression d'un tiers ;
- Si le patient est contre l'hypnose ;
- Les enfants de moins de 3 ans ;
- Les arriérés mentaux.

De manière générale, le patient doit être volontaire. Cela demande un engagement intellectuel et une motivation certaine, c'est pourquoi par exemple on ne peut pas la pratiquer sur tous les enfants (Shaw & Niven, 1996) et par extension, sur les personnes inaccessibles à la communication.

La pratique de l'hypnose n'est pas sans risques, elle exige une technique rigoureuse et des connaissances parfaites.

La reconnaissance de ces contre-indications demande une éducation psychologique importante : Le praticien doit pouvoir distinguer rapidement une personnalité normale d'une personnalité pathologique.

3.2. LES RISQUES

Cherchève écrit : « *Il est possible de luxer l'esprit comme on luxe le corps* ». Il n'y a pas besoin d'hypnose pour provoquer un traumatisme chez un patient, une parole malheureuse suffit tout au plus sous hypnose, l'effet est amplifié par la nature même de l'état hypnotique.

Les phénomènes naturels de l'état hypnotique, tels que la dissociation peuvent provoquer, chez des personnes prédisposées avec des antécédents ou un terrain psychiatrique (du type troubles dissociatifs), des réactions de déstructuration de la personnalité (Quelet & Perrot, 2003). Il convient donc d'éviter d'utiliser cette technique sur les patients ayant des antécédents psychiatriques.

Cependant, même au cours de séances réalisées dans les règles de l'art avec des patients sains d'esprit, il est possible de provoquer ce qu'on appelle des abréactions : ce sont des décharges émotionnelles fortes face auxquelles l'hypnothérapeute reprendra sa place de simple thérapeute et adoptera une attitude bienveillante pour ramener le patient à un état émotionnel plus stable. Toutefois, même si tout finit par rentrer dans l'ordre, il persiste inconsciemment un vécu émotionnel insécurisant qui peut venir compliquer les séances suivantes (Schaerlaekens, 2003).

Ces réactions idiosyncrasiques sont cependant rares et surviennent la plupart du temps lors de l'utilisation de l'hypnose dans un contexte psychanalytique.

Il faut bien évidemment s'assurer que le sujet a retrouvé toute sa vigilance avant de le laisser sortir du cabinet.

Les effets bénéfiques de l'hypnose sont de loin supérieurs aux inconvénients de celle-ci. Une formation correcte en hypnose permet de l'utiliser de manière responsable en toute sécurité (Ruysschaert, 2003).

3.3. LES LIMITES

L'hypnose est un acte médical qui ne doit être pratiqué que par des praticiens sérieusement formés et dans le cadre exclusif de leur spécialité. Les limites des compétences du thérapeute sont les limites à ne pas dépasser (Quelet J. , 1993). Toutefois la rencontre dentiste-patient se situant sur un terrain bien circonscrit, on peut penser que le risque est limité (pour autant, bien entendu, que le dentiste reste sur ce terrain).

Citons les recommandations de l'American Medical Association concernant l'emploi de l'hypnose par des praticiens non psychothérapeutes :

« Aucun médecin ou dentiste ne doit utiliser l'hypnose dans des buts qui ne soient pas en rapport avec sa spécialité et qui dépassent sa compétence ordinaire. A titre d'exemple, un dentiste expérimenté et qualifié pourrait employer l'hypnose pour l'hypno-analgésie ou pour soulager l'angoisse lié à certains travaux dentaires. En aucun cas, il ne conviendrait qu'il employât l'hypnose pour traiter les troubles névrotiques de son patient. Le chirurgien, l'obstétricien, l'anesthésiste, le gynécologue et le praticien de médecine générale peuvent légitimement utiliser ces techniques dans le cadre du domaine de leur compétences ».

L'attitude de prudence est donc de mise, il s'agit de savoir se tenir à son cadre de compétences. Le chirurgien dentiste doit être capable de savoir, d'un point de vue éthique et moral, quelles personnes il peut aider et quels patients devront être orientés vers la sphère thérapeutique, qui dépasse son champ de compétences. (Brisseaux & Varma, 1992)

4. ASPECTS ETHIQUES

La description des éventuelles difficultés qui peuvent intervenir lors de l'utilisation de l'hypnose médicale implique la nécessité d'une formation à la dynamique des comportements humains ainsi qu'aux modes d'interactions corps-esprit.

La connaissance de ces difficultés implique en outre d'avoir conscience de ses propres problématiques, besoins et motivations ainsi que de connaître ses propres limites dans l'intervention thérapeutique sur un patient. (Yapko, 2003)

La profession de chirurgien dentiste dispose de son propre code de déontologie qui énonce de façon exhaustive les comportements appropriés et inappropriés. La première des règles est de connaître et d'honorer ce code.

En ce qui concerne l'éthique propre à une pratique médicale de l'hypnose, nous pouvons citer la charte éthique de l'institut français d'hypnose (I.F.H) qui nous apparaît simple et complète sur l'utilisation de l'hypnose comme outil thérapeutique.

L'institut français d'hypnose se propose de donner une formation qualifiante à la pratique thérapeutique de l'hypnose. Il est demandé aux étudiants formés par l'institut de souscrire à la charte éthique présentée ci-dessous :

1. L'intérêt et le bien être du patient ou du sujet expérimental doivent toujours constituer un objectif prioritaire.
 - 1.1. l'hypnopraticien respectera les standards de relation patient-thérapeute qui correspondent au champ dans lequel la pratique de l'hypnose est impliquée.
 - 1.2. Des conditions de sécurité adéquates et l'accord informé du patient ou du sujet seront requis pour toute situation exposant le sujet à un stress inhabituel ou à un autre risque.
2. L'hypnose est considérée comme un complément à d'autres formes de pratiques scientifiques ou cliniques. Il en résulte que la connaissance des techniques d'hypnose ne saurait constituer une base suffisante pour l'activité thérapeutique ou pour l'activité de recherche. L'hypnopraticien doit donc avoir les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ ou s'exerce son activité hypnotique.
3. L'hypnopraticien limitera son usage clinique et scientifique de l'hypnose aux aires de compétences que lui reconnaît le règlement de sa profession.
4. l'hypnose ne sera pas utilisée comme une forme de distraction. Tout particulièrement, toute participation à des spectacles publics, ludiques, sera proscrite.
5. L'hypnopraticien ne facilitera ni ne soutiendra la pratique de l'hypnose par des personnes non qualifiées.
 - 5.1. L'hypnopraticien ne donnera en aucun cas des enseignements impliquant l'apprentissage des techniques hypnotiques à des personnes ne disposant pas d'une qualification adéquate. Des exceptions seront faites à ce principe pour les étudiants en fin de qualification dans les champs professionnels ou doit s'inscrire leur pratique de l'hypnose : Médecins, dentistes, psychologues, infirmiers, ... Dans tous ces cas, le passage à la pratique de l'hypnose reste conditionné à l'obtention de la qualification complète dans le champ professionnel considéré. Pour les professions paramédicales, la pratique de l'hypnose supposera la mise en place d'une structure de travail supervisée, selon le champ d'application, par un hypnopraticien médecin, psychiatre, psychologue, chirurgien dentiste.
 - 5.2. La communication d'informations relatives à l'hypnose auprès des différents médias est recommandée dans la mesure où elle s'appuie sur des

connaissances précises et permet de minimiser les distorsions et les représentations erronées relatives à l'hypnose. Réciproquement, il est demandé aux hypnopraciciens formés par l'IFH d'éviter toute action (communications, publications, etc.) tendant à compromettre l'aspect scientifique et la dimension éthique de la pratique hypnotique en donnant de celle-ci une représentation tendancieuse (amalgame avec la magie et les para-sciences) et simpliste et incitant par la même, à une pratique non qualifiée.

Cette charte énonce de façon claire que l'utilisation thérapeutique de l'hypnose doit être pratiquée par des praticiens formés à leur spécialité, dans un but bienveillant en se servant de l'hypnose comme un outil supplémentaire dans leur arsenal thérapeutique.

Pour conclure, nous citerons François Roustang, psychologue et philosophe :

«De deux choses l'une: ou bien l'instrument est étranger à celui qui s'en sert et il faudra alors ajouter une règle pour en faire bon usage, ou bien l'instrument ne fait pas nombre avec la personne qui l'utilise, c'est-à-dire qu'il en est l'émanation, et dans ce cas la pratique inclut l'humanité et la moralité de la personne. Lorsqu'un thérapeute joue au maître dans la relation à son patient, lorsqu'il veut dominer la situation, lorsqu'il n'est pas en état de partage et de participation, il a l'impression de manier des outils, il risque alors, au sens défavorable du mot, de manipuler son interlocuteur. Il faudra (mais ce sera sans doute en vain) lui imposer des garde-fous, soit les éléments d'une éthique. Ce sera sans doute en vain parce que l'essentiel sera manqué? L'éthique ne sera qu'un cautère sur une jambe de bois. Au contraire, si la technique, comme celle du pinceau pour le calligraphe, a été assimilée par une longue méditation, si elle n'est que l'ombre portée d'une attention extrême, elle sera déjà imprégnée de la plus personnelle et de la plus respectueuse des éthiques. Tant que l'outil ne prolonge pas la main au point d'être encore la main qui redresse, réoriente et déploie, éthique, manipulation et thérapie restent trois mots qui s'opposent et se dispersent comme les éléments d'une machine. Mais si l'éthique est la manipulation qui guérit, les deux termes ne font qu'un.» (Roustang, 2000)

5. ASPECTS MEDICO-LEGAUX

L'hypnose est encore, de nos jours, entourée d'une aura de mystère. Lorsque l'on évoque le sujet en présence de confrères ou amis, on se heurte souvent à la peur, de la soumission, de la perte de contrôle au cours de laquelle l'hypnotiseur malveillant assouvit ses désirs les plus pervers au dépend du sujet installé sur le fauteuil (transfert ?). Les griefs les plus courants restent l'attentat à la pudeur ou le viol. Il est donc intéressant d'envisager le point de vue médico-légal pour éviter une quelconque mésaventure.

Un bref rappel juridique éclairera la situation :

Le chirurgien dentiste ne peut se soustraire à sa responsabilité, il est redevable de ses actes préjudiciables.

Juridiquement, la responsabilité est engagée lorsque les trois éléments suivants sont réunis :

- Une faute doit être prouvée ;
- Un préjudice causé ;
- Une relation de cause à effet doit être établie.

Rappelons que le praticien agit dans le cadre du contrat de soin : C'est un contrat tacite passé entre le praticien et son patient. Il est décrit dans L'arrêt Mercier (Cass.Civ.1^{ère}, 20 mai 1936) :

"Il se forme entre le médecin et son patient, un véritable contrat comportant pour le praticien l'engagement, sinon bien évidemment de guérir son malade, ce qui n'a d'ailleurs jamais été allégué, du moins de lui donner des soins, non pas quelconques, mais consciencieux, attentifs, et réservés faites des circonstances, conformes aux dernières données acquises de la Science"

Il sous entend une prestation de soins consciencieuse et conforme aux données acquises de la science. Ainsi dans le cadre de son art et dans les limites de sa

compétence, le chirurgien dentiste qui agit dans le respect de la déontologie est seul juge du choix thérapeutique. En effet les tribunaux nous accordent formellement le droit de choisir la technique que nous estimons la meilleure, du moment qu'elle n'est pas expérimentale. (Cours d'appel d'Aix. Arrêt du 14 février 1950). L'hypnose médicale a dépassé ce stade.

Il y a peu de chances pour que l'hypnose puisse engager la responsabilité d'un praticien averti et consciencieux. Lors de l'induction, le patient est amené vers un état de relaxation courant et sans danger. Ce n'est que par le biais des suggestions qu'il pourrait être accusé d'avoir exercé une influence néfaste sur la volonté du malade.

Afin de ne pas déborder du cadre de notre spécialité, les suggestions seront donc limitées :

- Au temps nécessaire à l'intervention ;
- Dans leur étendue : Elles seront circonscrites à l'indispensable sans déborder sur la vie privée ni essayer de traiter d'autres maladies ou phobies que celle qui relève de notre spécialité.

Dans le respect du code de déontologie et de la loi, il nous faudra également obtenir, comme pour tout acte, le consentement libre et éclairé du patient.

On peut considérer que, dans la mesure où la pratique de l'hypnose demande la participation active et l'acceptation du patient, celui-ci est acquis. Cependant, on peut considérer que les patients ont le droit de comprendre les méthodes utilisées lors de leur traitement, cette information faisant partie intégrante d'une séance d'hypnose, ceci afin de démystifier les mythes entourant cette pratique et ainsi rassurer le patient et par extension le praticien (Voit & DeLaney, 2004).

En plus des conseils concernant la suggestion, trois conditions sont à respecter afin d'éviter tous désagréments :

- Avoir le consentement du patient ;
- Veiller à ne pratiquer qu'en présence d'un tiers (Assistante) afin de se mettre à l'abri de toute accusations d'atteinte à l'intégrité physique ou morale du patient ;
- Assurer une surveillance constante du patient, l'absence du praticien risquerait d'ailleurs d'interrompre le processus hypnotique.

L'application de ces principes permettra au praticien novice en hypnose qui a souvent peur des erreurs éthiques qui pourraient se traduire en conséquences juridiques, de pouvoir appliquer l'hypnose dans toute sa dimension créative.

6. FORMATIONS

La meilleure façon de pratiquer l'hypnose sereinement est encore de se former à la pratique de l'hypnose médicale au sein d'une structure reconnue. Actuellement, il existe deux formations sanctionnées d'un diplôme universitaire en France :

- Le D.U. d'hypnose médicale de la pitié salpêtrière :

Créé en 2001, le D.U. d'Hypnose Médicale a permis le retour de l'hypnose dans un cursus officiel de la Médecine. Dans les lieux mêmes où le célèbre neurologue Jean Martin Charcot a redonné à l'Hypnose la place qui lui convient au sein de la Médecine et de la Recherche, la Faculté de Médecine de Paris VI a ouvert une formation diplômante présidée par le Professeur Pierre Coriat et dirigée par le Dr Jean Marc Benhaiem.

L'objectif est de donner aux professionnels de la santé une définition complète de l'hypnose, exposer tous les aspects scientifiques, sociologiques et relationnels de l'hypnose. Former les praticiens à l'utilisation de l'hypnose en Médecine et à l'Hypno-Analgésie : savoir en poser les indications, définir une stratégie thérapeutique et en évaluer les résultats.

Cette formation est uniquement réservée aux médecins, chirurgiens-dentistes et étudiants de ces disciplines en fin d'études. Les candidatures seront retenues après examen du dossier et/ou entretien avec l'équipe pédagogique.

- Le D.U. d'hypnose médicale de la faculté de Bordeaux, sous la responsabilité du Docteur Fabrice Lakdja.

A ces formations universitaires s'ajoutent d'autres formations axées uniquement sur la pratique de l'hypnose au cabinet dentaire.

Citons la formation Hypnoteeth dont les objectifs sont centrés sur l'application au cabinet dentaire et dispensée par les Drs. Kenton Kaiser, Claude Parodi, Jihad Zeidan : chirurgiens-dentistes et Yves Halfon, psychologue :

- techniques d'inductions hypnotiques ;
- techniques spécifiques enfants ;
- gestion des phobies et des peurs (bruits, odeurs, soins, anesthésie, peur d'étouffer...) ;
- gestion du saignement ;
- gestion de la salivation ;
- apprentissage de l'auto-hypnose ;
- analgésie hypnotique ;
- gestion douleur aiguë ;
- diminution des douleurs post opératoires ;
- aide au traitement des problèmes d'ATM ;
- outils de communication.

Pour conclure, nous insisterons sur le fait que la pratique de l'hypnose, sous une apparente simplicité ne s'acquiert qu'avec un travail de formation et surtout une longue pratique.

7.HYPNOSE ET ASPECTS ECONOMIQUES

Il est évident que l'on ne s'intéresse pas à l'hypnose par appât du gain, cependant il est intéressant de se poser cette question car le chirurgien-dentiste est aussi un chef d'entreprise avec des impératifs de rentabilités évidents.

La littérature scientifique est inexistante concernant la pratique de l'odontologie mais nous pouvons citer l'étude réalisée par des chercheurs du service d'oncologie de la Mount Sinai School of Médecine, à New York, qui ont mené un essai clinique (Montgomery & al, 2007) auprès de 200 femmes qui devaient subir une chirurgie mammaire.

Juste avant l'intervention, les patientes passaient 15 minutes en tête-à-tête avec un psychologue soit pour une séance d'hypnose ou pour du soutien empathique (groupe témoin).

Comparées à celles du groupe témoin, les patientes du groupe d'hypnose auraient eu besoin de doses moins fortes d'analgésique (lidocaïne) et de sédatif (propofol) durant l'intervention. Elles ont également assuré ressentir moins de douleur, d'inconfort, de nausées, de fatigue et de troubles émotionnels à la suite de l'opération.

Les séances d'hypnose auraient aussi permis à l'hôpital d'économiser près de 800 \$ par patiente sur les 8700 \$ que coûtent habituellement ce genre d'interventions, puisque les femmes de ce groupe nécessitaient moins de soins que les autres après l'opération. Les chercheurs ont tenu compte des coûts réels des médicaments employés et du personnel requis auprès de chacune des patientes dans leur calcul.

La séance d'hypnose consistait en des exercices guidés de relaxation musculaire et psychique. Le psychologue employait des techniques d'imagerie mentale et de suggestion hypnotique. Les participantes ont aussi reçu des indications pour pratiquer l'autohypnose après l'intervention chirurgicale afin de maîtriser la douleur, les nausées et la fatigue.

Il semblerait que l'hypnose favorise un meilleur vécu des soins ainsi que de meilleures suites opératoires. C'est probablement à ce niveau que l'on peut espérer avoir un bénéfice à long terme. L'avantage de l'utilisation de l'hypnose comme outil thérapeutique serait donc, en dépit du dépassement du « temps imparti pour un soin », de renforcer la relation avec le patient, de le rendre acteur et coresponsable de sa réhabilitation favorisant ainsi une meilleure intégration des soins et des réhabilitations engagées et limitant les recours du patient suite par exemple à une mauvaise intégration psychologique d'une prothèse ou bien lors d'une chirurgie mal vécue.

Au cours de cette étude, nous avons rencontré des chirurgiens-dentistes ayant bénéficié d'une formation à l'hypnose médicale pour connaître leur avis sur cette technique et savoir si ils étaient arrivés à mettre en œuvre cette technique au sein de leur cabinet.

Il apparaît que peu d'entre eux utilisent l'hypnose de manière formelle au sein de leur structure. Les principales causes évoquées étant le manque de temps, la peur de l'échec ainsi que la peur du regard d'une tierce personne face à une technique qui peut parfois paraître "déroutante".

Cependant, ces praticiens sont unanimes quant au bénéfice qu'ils en ont tiré dans l'amélioration de la relation avec les patients, la diminution flagrante du taux d'échecs aussi bien avec les adultes que les enfants, de plus tous m'ont assuré en avoir dégagé un bénéfice personnel en étant plus à l'écoute d'eux-mêmes et de leur équipe se donnant alors toutes les chances de développer une ambiance sereine au sein de leur lieu de travail.

Il semblerait que ces praticiens utilisent les acquis de leur formation à l'hypnose sans avoir recours à des techniques figées, fixées, mais plutôt en ayant recours à des procédés de communication, d'empathie et d'interaction avec autrui.

Pour conclure nous pensons que l'hypnose est avant tout une démarche de prise en charge globale d'un patient dans sa dimension physique et psychologique, ce qui permet d'améliorer le vécu du patient, et, par retour gratifiant, celui du praticien et de son personnel. Ainsi, même pratiquée par l'intermédiaire de techniques non formelles inspirées de l'hypnose, elle modifie de façon positive le comportement de chacun des

protagonistes de la relation de soin qui se sentent tournés vers le même but, transformant ainsi le fonctionnement du cabinet dentaire et permettant ainsi de gagner du temps à terme.

CONCLUSION

Le phénomène hypnotique, remonte probablement aux sources même de la médecine et même si aujourd'hui l'hypnose a dépassé le stade expérimental, elle reste néanmoins entourée d'une aura de mystère.

Pour dépasser ce stade et ainsi faire sortir de l'ombre cet outil, il serait intéressant d'introduire une initiation à l'hypnose au sein du cursus classique de formation à la chirurgie dentaire. En Suède par exemple, l'enseignement de l'hypnose est obligatoire dans les études dentaires et il est d'usage de prodiguer des soins dentaires aux enfants sous hypnose. De même aux Etats-Unis, nombreuses sont les écoles odontologiques qui ont inclus son étude au programme officiel.

Une initiation à la méthode est concevable dans le cadre de notre enseignement universitaire. Ensuite, il conviendrait à chacun d'approfondir ces thérapeutiques. La démarche devenant alors individuelle pour approfondir cette pratique.

Bien sur le recours à l'hypnose formelle ne pourra être qu'exceptionnel, de la même façon que nous n'avons recours aux prémédications sédatives que dans des indications très précises.

Cette démarche centrée sur le patient, l'intégrant totalement dans la démarche thérapeutique en faisant appel à ses propres ressources amène à une meilleure acceptation des soins, favorisant une reconnaissance mutuelle entre le praticien et le patient.

"L' hypnotisme est surtout un moyen que possède l'homme, et particulièrement le médecin, de mieux connaître ses semblables"

Durant de Gros.

BIBLIOGRAPHIE :

- Allain, F. (2003). L'hypnose: application en odontologie. *Inf Dent* , 85 (19), 1247-1250.
- Allain, F. (2003). L'hypnose: un outil thérapeutique. *Inf Dent* , 85 (16), 1051-1054.
- Amzalag, A., & Dardenne, P. (2006). *Codes de la relation dentiste-patient*. Paris: Masson.
- Auclair, J., Barbey, P., Ber-Schiavetta, A., & coll. (1986, Septembre). Du magnétisme animal à l'hypnose. *Bulletin de la société Française d'Hypnose* , pp. 2-3.
- Baer, L., & al. (1985). *Biological Psychology* , 2, 293.
- Barsby, M. J. (1994). The use of hypnosis in the management of gagging and intolerance to denture. *Br Dent J* , 176, 97-102.
- Baverey, F. (1980). *Freud et la suggestion. Contribution à l'étude du rôle de l'hypnose et de la suggestion dans la technique psychanalytique de Freud*. Thèse de doctorat en médecine, Nancy.
- Becchio, J., & Jousselin, C. (2002). *De la nouvelle hypnose à l'hypnose psychodynamique*. Paris: Desclée de Brouwer: la Méridienne.
- Benhaiem, J.-M. (2005). *L'hypnose aujourd'hui*. Paris: In Press.
- Benhaiem, J.-M. (2003). *L'hypnose médicale*. Paris: Med-Line Editions.
- Bernheim, H. (1886). *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*. Paris: Doin.
- Boon, H., Daurou, Y., & Maquet, J.-C. (1976). *La sophrologie. Une révolution en psychologie, pédagogie, médecine ?* paris: retz.
- Bourassa, M. (1988). Hypnodontie. *J Dent Québec* , 25, 543-545.
- Bourassa, M., & Baylard, J. F. (1994). Stress situations in dental practice. *j Can Dent Assn* , 60, 65-71.

- Brandon, R. A., & Waters, B. G. (1996). Dentists at risk: the Ontario experience. *J Can Dent Assoc* , 62 (566), 7.
- Brisseaux, J. C., & Varma, D. (1992). Une approche de l'hypnose médicale en odontologie. 35, 3067-3071.
- Bussagli, M. (2006). *Le Corps : Anatomie et symboles*. Paris: Hazan.
- Charon, J., & Raulo, J. (1985). *Les maladies professionnelles du chirurgien-dentiste*. Paris: Peyronnet.
- Chaves, J. F., & Dworkin, S. F. (1997). Hypnotic control of pain: Historical perspectives and future prospects. *The International J. of Clinical and Experimental Hypnosis* , 45 (4), 356-376.
- Chercheve, R. B. (1970). *L'hypno-sophrologie en art dentaire*. Toulouse: Privat.
- Colleuil, g. (2005). *La fonction thérapeutique des symboles : J'ai vu de la lumière noire...* . Paris: Arkhana Vox.
- Courson, F., & Landru, M.-M. (2005). *Odontologie pédiatrique au quotidien*. Rueil-Malmaison: Edition CdP.
- Crawford, H. J., & al. (1993). *Psychophysiology* , 15, 181.
- Cuvelier, A. (1987). *Hypnose et suggestion: De Liébeault à Coué*. Nancy: Presses Universitaires de Nancy.
- Dajean-Trutaud, S., Frayse, C., & Guihard, J. (1998). Approche psychologique de l'enfant au cabinet dentaire. Dans *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* (Vol. 23-400-D-10, p. 4p). Paris: Ed Elsevier.
- Dauven, J. (1985). *Les pouvoirs de l'hypnose*. Paris: Sand.
- Erickson, M.-H., Malarewicz, J.-A., & Fleiss, J. (2009). *L'hypnose thérapeutique : Quatre conférences*. Paris: ESF Editeur.
- Faymonville, M. E., Mambourg, P. h., Joris, J., Vrijens, B., Fissette, J., Albert, A., et al. (1997). Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study. *Pain* , 73 (3), 361-367.

- Ferragut, E. (2000). *La dimension de la souffrance en psychosomatique*. Paris: Masson.
- Flourent, J. (2006). *A propos du stress du chirurgien dentiste. Analyse statistique*. Thèse : 3ème cycle Sci Odontol, Lille.
- Forster, A. (1998). Nouvelles techniques en anesthésie générale, perturbations neuropsychiques périopératoires. *Revue Médicale Suisse* .
- Frazer, J.-G. (1911-1915). *Le Rameau d'or*. Paris: Robert Laffont.
- Garnier, & Delamare. (2001). *Dictionnaire des termes de médecine*. Paris: Maloine.
- Ginisty, J. (2002). Résultat de l'enquête relative aux maladies professionnelles des chirurgiens dentistes. *Bull Acad Natle Chir dent* , 45 (4), 107-113.
- Godin, J. (1992). *La Nouvelle Hypnose : Vocabulaire, principes et méthode*. Paris: Albin Michel.
- Gordon, D. C. (2001). *Contes et métaphores thérapeutiques : apprendre à raconter des histoires qui font du bien*. Paris: InterEditions.
- Graziani, S., Hautekeete, M., Rusinek, S., & Servant, D. (2001). *Stress, anxiété et trouble de l'adaptation*. Paris: Masson.
- Grond, M., & al. (1995). *Psychiatry Res* , 61, 173.
- Grossman, L. (1978). Mechanism and control of pain. *International conférence on endodontics*. New-York: Masson Publ. USA.
- Guyonnaud, J.-P. (1989). *L'hypnose qui guérit*. Paris: Jacques Grancher.
- Haley, J. (1997). *Conversations avec Milton Erickson*. Paris: ESF Editeur.
- Haynal, W., & Pasini, A. (1992). *Manuel de psychologie ododontique*. Paris: Masson.
- Hilgard, E. R. (1965). *Hypnotic Susceptibility*. New york: Harcourt.
- Hospital, C. (2002). *L'enfant, l'hôpital et l'architecte*. Montpellier: Ed. de l'Esperou.
- <http://pagesperso-orange.fr/r.saintaubin/arracheurs.htm>. (s.d.).

Hubert, J.-P. (1982). *Traité de sophrologie Tome1 : Origine et développement*. Paris: Le courrier du livre.

Hubert, J.-P. (1982). *Traité de sophrologie. Tome 1: Origines et développement*. Paris: Le Courrier du Livre.

Janet, P. (1925). *La médecine psychologique*. Paris: Ernest Flammarion. Editeur.

Josse, E. (2007). *Le pouvoir des histoires thérapeutiques. L'hypnose éricksonienne dans la guérison du*. Paris: La méridienne-Desclée de Brouwer Editeurs.

Jung, C.-J. (2002). *L'homme et ses symboles*. Paris: Robert Laffont.

Kelly, A. M., McKinty, H., & Carr, R. (1988). Utilization of Hypnosis to promote compliance with routine dental flossing. *American journal of clinical hypnosis* , 31 (1), 57-60.

L'Africain, P. (2008). *Australian dental Journal* , 48 (2), 102-109.

Le Robert. (2010). Paris: European Schoolbooks.

Le Robert. Dictionnaire historique de la langue française. (1995). Paris: LR.

Liebeault, A.-A. (1866). *Du sommeil et des états analogues, considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique*. Paris: Masson.

Locker, D., Burman, D., & Otchere, D. (2006). Work-related stress and its predictors among Canadian dental assistants. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* , 17 (5), 263-266.

Malarewicz, J. A. (2009). *Cours d'hypnose clinique : Etudes éricksoniennes*. Paris: ESF Editeur.

Malarewicz, J. A., & Godin, J. (2005). *Milton H. Erickson : De l'hypnose clinique à la psychothérapie stratégique*. ESF Editeur: 2005.

Maquet, P., & al. (1999). *Biol Psychiatry* , 45, 327.

Markowitz, J. C. (1993). Comorbidity of dysthymia. *Psychiatric Ann* , 23 (617), 24.

- Mc Cullough, J. p., Klein, D. N., & Shea, M. T. (1992). DSM-IV field trial for major depression, dysthymia, and minor depression. *American Psychological Association Annual Meeting*. Washington DC.
- Meggle, D. (2005). *Erickson, hypnose et psychothérapie*. Paris: Retz/S.E.J.E.R.
- Meyer, H. K., & al. (1989). *Z Psychosom Med Psychoanal* , 35, 48.
- Michaux, D. (2003). *Douleur et hypnose*. Paris: Imago éd.
- Michaux, D., Halfon, Y., & Wood, C. (2007). *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Paris: Maloine.
- Montgomery, G. H., & al. (2007). A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *J Natl CancerInst* , 99 (17), 1304-12.
- Morel, C. (2009). *Dictionnaire des symboles, mythes et croyances*. Paris: Archipoche Editions.
- Morgan, A. H., Hilgard, E. R., Ruch, J. C., Lange, A. F., Lenox, J. R., & Sachs, L. B. (1974). The psycho-physics of cold pressor pain and its modification through hypnotic suggestion. *American Journal of Psychology* , 87, 17-31.
- Morgan, A., & Hilgard, E. R. (1973). Comparaison de la susceptibilité hypnotique à différents âges de la vie (échelle SHSS « A »). *Int J Exp hypnosis* , 21, 75-85.
- Motte, M. (1980). *Contribution à l'étude de l'hypnosoprologie et de l'implantologie, et leurs apports possibles en odonto stomatologie*. Paris VII: Thèse: Chir.dent.
- Nègre, I. (2001). Communication au deuxième congrès hypnose et anesthésie. Saint-Malo.
- Noble, S. (2000). The management of blood phobia and a hypersensitive gag reflex by hypnotherapy: a. *Dent Update* , 29, 70-74.
- Patel, B., Potter, C., & Mellor, A.-C. (2000). The use of hypnosis in dentistry: a review. *Dent Update* , 27 (4), 198-202.

- Peretz, B., & Ram, D. (2002). Administering local anaesthesia to paediatric dental patients-current status and prospects for the future. *Int J paediatr Dent* , 12 (2), 80-89.
- Quelet, J. (1993). Hypnose Ericksonienne: le confort du chirurgien-dentiste et celui du patient. *Inf Dent* , 75 (28), 2043-2047.
- Quelet, j., & Perrot, O. (2003). *Hypnose technique et applications thérapeutiques*. Paris: Ellébore Editions.
- Racz, B. (1997). comment voir son cabinet dentaire. *clinic* , 18, 29-33.
- Racz, B. (1997). Comment voir son cabinet dentaire. *clinic* , 18, 617-620.
- Rada, R. E., & Johnson-Leong, C. (2004). Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *J Am Dent Assoc* , 135 (6), 788-794.
- Rager, G.-R. (1973). *Hypnose, sophrologie et medecine*. Paris: Fayard.
- Rainville, P., & al. (1997). *Science* , 277, 968.
- Rode, C. (1985). *La sophrologie et l'odonto-stomatologie*. Thèse de doctorat en chirurgie-dentaire, Strasbourg I.
- Rosen, S. (1998). *Ma voix t'accompagnera, Milton.H Erickson raconte*. Paris: Hommes et Groupes.
- Roustant, f. (2000). La manipulation thérapeutique. Dans *La fin de la plainte* (pp. 48-49). Paris: Odile Jacob.
- Ruell-Kellermann, M. (1980). Le stress relationnel chez le chirurgien-dentiste. *Rev Odontostomatol* , 9 (4), 25-29.
- Ruysschaert, N. (2003). Hypnose et phénomènes hypnotiques, assistance préliminaire en cas de. *Rev Belge Med Dent* , 58 (2), 105-117.
- Salem, G., & Bonvin, E. (2006). *Soigner par l'hypnose* . Paris: Masson.
- Salomé, J. (1993). *Contes à guérir, contes à grandir*. Paris: Albin Michel.

- Schaerlaekens, M. (2003). Hypnose et odontologie : l'eau et le feu. *Rev Belge Med Dent* , 58 (2), 118-125.
- Shaw, A. J., & Niven, N. (1996). Theoretical concepts and practical applications of hypnosis in the treatment of children and adolescents with dental fear and anxiety. *Br Dent j* , 180, 11-16.
- Shwartz, I.-S. (2003). *Toutes les questions au dentiste*. Paris: Marabout-[Hachette Livre].
- Stern, R. (1991). L'hypnose en médecine dentaire. *Rev mens Suisse Odontostomatol* , 101 (4), 472-475.
- Stokvis, B., Montserrat-Estève, S., & Guyonnaud, J.-P. (1972). *Introduction à L'hypnose et à la sophrologie*. Paris: Maloine.
- Szechtman, H., & al. (1998). *PNAS* , 95, 1956.
- This, B. (2003). L'émergence de l'inconscient : Freud. Pour la science. *Génies Sci* (15), 1-17.
- Thuillier, J. (1988). *Franz Anton Mesmer ou l'extase magétique*. Paris: Robert Laffont.
- Topol, Y., & Peled, O. N. (2006). *88 Simply Feng Shui : Harmonie & Bien-être dans votre maison en 88 cartes*. Nanterre: Arvelle.
- Trechslin, F. (1998). L'hypnose facilite la consultation au quotidien. *rev Mens Suisse Odontostomatol* , 108 (9), 925-928.
- Violon, A. (1996). *Vaincre la migraine : médicaments, relaxation, hypnose*. Paris: Ed Desclée de Brouwer.
- Virost, C. (2007). *Recherche et succès clinique de l'hypnose contemporaine*. Gap: Le souffle d'or.
- Voit, R., & DeLaney, M. (2004). *Hypnosis in clinical practice : steps for mastering hypnotherapy*. New York: Brunner-Routledge.

Waring, P. (1990). *Dictionnaire des présages et superstitions*. Paris: Editions du rocher.

Weitzenhoffer, A. M., & Hilgard, E. R. (1959). *The Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Forms A and B*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Wood, G. J., & Zadeh, H. H. (1999). Potential adjunctive applications of hypnosis in the management of periodontal diseases. *Am J Clin Hypn* , 41 (3), 212-223.

Yapko, M. D. (2003). *Trancework: an introduction to the practice of clinical hypnosis*. New york: Brunner-Routledge.

Zeidan, J. (2006). *De l'apprentissage de l'hypnose à son application*. Récupéré sur www.adrenaline112.org

Zeidan, J. (2006). Hypnose : une solution contre la douleur (et la peur). 36, 50-52.

TABLE DES ILLUSTRATIONS:

Figure 1 Le stress: barrière entre le conscient et l'inconscient réservoir de ressources, J.Boutillier, http://psychodoc.free.fr/therapiesbreves.htm	41
Figure 2 : Homonculus sensitif (à gauche) et homonculus moteur volontaire (à droite), (d'après Godefroid, J. - 1988, modifié).	62
Figure 3 : Le christ chassant du corps un démon (XVIIème siècle), gravure du XVIIème siècle.....	63
Figure 4 : Domenico Tiepolo, le charlatan 1727-1804, http://timbreeddent.free.fr/sujets/peinture-musee-1.htm	74
Figure 5 : Burn Out du chirurgien dentiste, http://www.dentistepro.fr	78

PRIEUR Jacques – Pourquoi et comment introduire l’hypnose au cabinet dentaire.

NANCY 2010: 136 f. : 5 ill.

Th. : Chir-Dent. : NANCY I : 2010

Mots clés : Hypnose

Peur des soins

Cabinet dentaire

Stress

PRIEUR Jacques – Pourquoi et comment introduire l’hypnose au cabinet dentaire.

Th. : Chir-Dent. : NANCY I : 2010

Ces dernières années, les progrès des techniques de soins ainsi que des matériaux utilisés ont permis d’améliorer le confort des patients. Cependant, une forte appréhension est souvent ressentie par les patients, en particulier les enfants. L’hypnose apparait comme un moyen possible pour diminuer la peur des soins ainsi que le stress du soigné. Cette technique de communication permet ainsi d’améliorer le vécu des soins, et donc de favoriser une relation sereine avec l’équipe soignante.

L’objectif de ce travail est de répondre aux questions que l’on se pose sur la nature du phénomène hypnotique, ses applications possibles au sein d’un cabinet dentaire ainsi que sur les moyens à mettre en œuvre pour utiliser cette technique au sein d’une structure libérale.

JURY :

Mr J-P.LOUIS	Professeur des universités	Président
<u>Mr D.VIENNET</u>	Maître de conférences des universités	Juge
Mr J.BALLY	Assistant Hospitalier Universitaire	Juge
Melle A.SOURDOT	Assistant Hospitalier Universitaire	Juge

Nom et adresse de l’auteur :

PRIEUR Jacques

01, rue des Etats

54000 NANCY

Jury : Président : J.P LOUIS – Professeur des Universités
 Juges : D. VIENNET – Maître de Conférence des Universités
 J.BALLY – Assistant Hospitalier Universitaire
 A. SOURDOT – Assistant Hospitalier Universitaire

Thèse pour obtenir le diplôme D'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire 13439

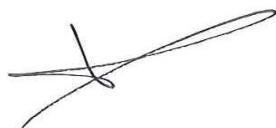
Présentée par: **Monsieur PRIEUR Jacques, François**

né(e) à: **MONTBELIARD (Doubs)**

le **23 octobre 1981**

et ayant pour titre : « **Pourquoi et comment introduire l'hypnose au cabinet dentaire ?** »

Le Président du jury,



JP. LOUIS

Le Doyen
de la Faculté d'Odontologie
Le Doyen
DR P. BRAVETTI
P. BRAVETTI



Autorise à soutenir et imprimer la thèse

NANCY, le 18.10.2010

Le Président de l'Université Henri Poincaré, Nancy-1



J.P. FINANCE

