

Ce document numérique est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier.

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.

L'Institut Français d'Hypnose a pris soin de demander son accord à l'auteur avant de diffuser ce document.

UNIVERSITE DE NANTES
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE
D'ODONTOLOGIE

Année : 2007

N°: 46

**HYPNOSE : TECHNIQUE THÉRAPEUTIQUE
DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ANXIÉTÉ
EN PRATIQUE ODONTOLOGIQUE**

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée
et soutenue par

SEBILLE Nolwenn

Le 5/09/07 devant le jury ci-dessous

Président M. LABOUX Olivier
Assesseur Mme ARMENGOL Valérie
Assesseur M. ZEIDAN Jihad
Assesseur M. BETBEZE julien

Directeur de thèse : M. KIMAKHE Saïd

SOMMAIRE

INTRODUCTION	- 5 -
---------------------------	--------------

CHAPITRE I : HYPNOSE.....	- 6 -
----------------------------------	--------------

I - HISTORIQUE	- 6 -
-----------------------------	--------------

1) Les Origines de l'Hypnose.....	- 6 -
1-1. En Egypte, en Grèce.....	- 6 -
1-2. Les grands penseurs de l'Antiquité	- 7 -
2) Le magnétisme animal.....	- 7 -
2-1. Paracelse (1493-1541).....	- 7 -
2-2. Franz Anton Mesmer (1734-1815).....	- 8 -
2-3. Général Armand de Chastenet, marquis de Puységur (1751- 1825).....	- 9 -
2-4. Joseph Deleuze (1753-1835).....	- 11 -
3) Les bases de la suggestion.....	- 11 -
3-1. L'Abbé Faria (1756-1819)	- 11 -
3-2. James Braid (1795-1860)	- 13 -
4) Le retour au magnétisme animal	- 13 -
5) L'hypnose à but thérapeutique	- 14 -
5-1. Eugène Azam et Velpeau	- 14 -
5-2. Liébault (1823-1904).....	- 14 -
5-3. Hippolyte Bernheim (1837-1917)	- 15 -
5-4. Jean-Martin Charcot (1825-1893).....	- 16 -
5-5. Georges Gilles de la Tourette.....	- 18 -
5-6. Pierre Janet (1859-1947)	- 18 -
5-7. Sigmund Freud (1856-1939).....	- 19 -
6) Hypnose au XXème siècle.....	- 20 -
6-1. Johan Heinrich Schultz (1884-1970).....	- 20 -
6-2. Ecole soviétique	- 20 -
6-3. Aux USA.....	- 20 -
6-4. Léon Chertok (1911-1991).....	- 21 -
6-5. Milton Hyland Erickson (1901-1980)	- 21 -

II - HYPNOSE ERICKSONIENNE	- 25 -
---	---------------

1) L'approche Ericksonienne	- 25 -
1-1. Introduction.....	- 25 -
1-2. « La transe quotidienne commune».....	- 25 -
1-3. « L'inconscient éricksonien ».....	- 26 -
1-4. Principes et éthique	- 27 -
1-4-1. La thérapie du changement	- 27 -
1-4-2. « Chaque patient est unique ».....	- 27 -
1-4-3. Un jeu relationnel.....	- 28 -
1-4-4. Une approche permissive, stratégique et solutionniste.....	- 28 -
2) La transe hypnotique	- 29 -
2-1. La physiologie de l'état hypnotique	- 29 -
2-2. Manifestations de la transe hypnotique	- 31 -
2-3. Les effets spécifiques de l'hypnose	- 32 -
3) Hypnothérapie.....	- 32 -
3-1. Le déroulement d'une séance	- 32 -
3-2. L'alliance thérapeutique.....	- 34 -
3-2-1. Rejoindre le sujet dans son univers, dans sa réalité.....	- 34 -
3-2-2. Contrat thérapeutique	- 36 -
3-3. Induction hypnotique.....	- 36 -
3-3-1. La synchronisation	- 36 -

3-3-2. La dépotentialisation du conscient	- 37 -
3-3-3. Dissociation et consolidation de l'état hypnotique	- 38 -
3-4. Le travail et mise en place d'une recherche inconsciente.....	- 39 -
3-4-1. Le langage du changement	- 39 -
3-4-2. Les truismes	- 39 -
3-4-3. Implications et présuppositions	- 40 -
3-4-4. Double lien	- 40 -
3-4-5. Suggestions	- 41 -
3-4-6. Le saupoudrage	- 44 -
3-4-7. Le questionnement	- 44 -
3-4-8. Anecdotes, histoires et métaphores	- 44 -
3-4-9. Modifications temporelles	- 46 -
3-4-10. Modifications mnésiques.....	- 48 -
3-4-11. Modifications sensorielles et corporelles	- 48 -

CHAPITRE II : L'ANXIETE - 50 -

I - DEFINITIONS - 50 -

1) La Peur.....	- 50 -
2) L'anxiété	- 51 -
3) L'angoisse	- 51 -
4) La phobie	- 52 -
5) Concept de stress.....	- 52 -
6) L'émotion.....	- 54 -

II - PHYSIOLOGIE DE L'EMOTION..... - 56 -

1) Introduction	- 56 -
2) Mécanismes centraux du stress.....	- 57 -
2-1. Réception et Transmission des informations sensorielles	- 57 -
2-2. Perception et interprétation : centres nerveux	- 58 -
2-2-1. L'encéphale	- 58 -
2-2-2. Physiologie des centres de l'émotion	- 59 -
3) Les voies nerveuses et hormonales.....	- 63 -
3-1. Système d'alarme	- 63 -
3-2. Système de défense	- 64 -
3-3. Réponse globale	- 64 -
4) Les symptômes somatiques.....	- 65 -
4-1. Le tonus musculaire	- 65 -
4-2. Manifestations respiratoires	- 65 -
4-3. Manifestations cardiovasculaires.....	- 65 -
4-4. Manifestations cutanées	- 66 -
4-5. Manifestations viscérales	- 66 -
4-6. Manifestations sensorielles.....	- 66 -

III - ETIOLOGIES DE L'ANXIETE..... - 67 -

1) L'anxiété du patient	- 67 -
1-1. Mythes, symboles, et représentations sociales	- 67 -
1-1-1. Du chirurgien-dentiste.....	- 67 -
1-1-2. La symbolique de la bouche.....	- 70 -
1-1-3. La symbolique de la dent	- 74 -
1-2. Les facteurs personnels	- 76 -
1-2-1. Age	- 76 -
1-2-2. Personnalité du patient	- 77 -
1-2-3. Impact de l'entourage et conditionnement familial	- 78 -
1-2-4. Expériences antérieures.....	- 79 -
1-3. La rencontre avec un chirurgien dentiste et son cabinet.....	- 80 -
1-3-1. Le dentiste, cet inconnu.....	- 80 -
1-3-2. L'environnement.....	- 81 -
1-3-3. Les actes thérapeutiques.....	- 83 -

1-4. Prévalence de l'anxiété du patient	- 84 -
2) L'anxiété du praticien	- 85 -
2-1. Le stress professionnel	- 85 -
2-2. Les agents stressants	- 86 -
2-2-1. Les facteurs physiques	- 86 -
2-2-2. Les facteurs psychiques et relationnels	- 88 -
2-3. Prévalence de l'anxiété du praticien	- 89 -
CHAPITRE III : ANXIETE, HYPNOSE ET ODONTOLOGIE	- 90 -
I – GENERALITES	- 90 -
1) Introduction	- 90 -
2) Les chirurgiens dentistes dans l'histoire de l'hypnose	- 90 -
3) Indications de l'hypnose en odontologie	- 91 -
3-1. L'anxiété	- 91 -
3-2. Autres indications	- 92 -
4) Limites et contre-indications de l'hypnose en odontologie	- 92 -
4-1. Aspect médico-légal	- 93 -
4-2. Pièges liés au praticien	- 93 -
4-2. Pièges liés au patient	- 93 -
5) La technique	- 94 -
5-1. Pièges liés à la technique	- 94 -
5-2. Le choix de la technique en fonction des patients	- 94 -
II – ASPECTS PRATIQUES DE L'HYPNOSE EN ODONTOLOGIE	- 95 -
1) L'hypnose au service du patient	- 95 -
1-2. Accueil des patients	- 95 -
1-2. Hypnose conversationnelle	- 96 -
1-3. Hypnose formelle	- 97 -
1-3-1. L'entretien initial	- 97 -
1-3-2. L'induction	- 99 -
1-3-3. La phase thérapeutique	- 99 -
1-3-4. Réassociation et fin de séance	- 104 -
1-3-5. Autohypnose	- 104 -
2) L'hypnose pour le chirurgien dentiste	- 105 -
2-1. Intérêts	- 105 -
2-2. Autohypnose	- 106 -
3) Pratique et cas cliniques	- 106 -
3-1. Cas clinique n°1 : un patient phobique	- 107 -
3-2. Cas clinique n°2 : création d'une hypno-analgésie	- 107 -
3-3. Cas clinique n°3 : une patiente phobique	- 108 -
3-4. Mise en œuvre de l'utilisation combinée hypnose et sédation consciente par inhalation de protoxyde d'azote chez l'enfant	- 109 -
CONCLUSION	- 112 -
ANNEXES	- 113 -
ANNEXE N°1 : Rappels sur le névraxe	- 113 -
ANNEXE N°2 : Droits de reproduction	- 115 -
De Boeck	- 115 -
Editions Belin	- 116 -
Editions Glénat	- 117 -
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	- 118 -

INTRODUCTION

Si la sophistication actuelle du matériel et des techniques en pratique odontologique assure aux patients un confort de soin quasiment parfait, il n'en reste pas moins que l'anxiété et les troubles phobiques liés aux soins dentaires persistent malgré tout, chez de nombreux patients. De la même manière, bien que l'évolution du matériel ait permis une amélioration des conditions de travail du chirurgien dentiste sur le plan physique, nombre de contraintes psychologiques demeurent. Il semble donc, qu'au-delà des aspects techniques et somatiques de cette pratique, il y ait des enjeux psychiques et émotionnels puissants. C'est pourquoi, depuis quelques années maintenant, les approches psychosomatiques et méthodes de traitement permettant de soigner les patients anxieux suscitent de plus en plus l'intérêt des dentistes.

L'hypnose apparaît comme un outil thérapeutique de choix dans la gestion de l'anxiété et présente de nombreux avantages, aussi bien pour le patient que pour le praticien. En effet, l'état de relaxation hypnotique maintient le patient dans un état de relaxation atténuant significativement les réactions de défense, souvent involontaires et perturbant le déroulement des soins. Ainsi en permettant au chirurgien dentiste d'obtenir une meilleure coopération des patients, l'hypnose améliore considérablement les conditions de travail de celui-ci.

Le présent travail a donc pour objectif de présenter un outil thérapeutique de choix face aux troubles anxieux en pratique odontologique : l'hypnose. Les principes essentiels de l'hypnose seront donc abordés dans un premier temps. S'en suivra une présentation des étiologies et expressions comportementales de l'anxiété dans le cadre des soins dentaires, afin de traiter la gestion de celle-ci au moyen des techniques hypnotiques dans un troisième temps. Il semble important toutefois de préciser ici que l'hypnose, cette manière créative d'être en relation avec l'autre, est une communication sur plusieurs niveaux qui se rapporte aussi bien aux problèmes vécus au sein du cabinet dentaire qu'à l'extérieur ; néanmoins, il incombe au chirurgien dentiste d'être conscient des limites de ses compétences et d'utiliser cette technique seulement dans le cadre de l'exercice dentaire.

CHAPITRE I : HYPNOSE

En pratique odontologique, l'hypnose représente un outil thérapeutique supplémentaire très enrichissant, car ce mode de communication privilégié a pour but de prendre en charge une personne dans sa globalité, ce qui peut parfois s'avérer difficile lorsque l'on soigne une zone si réduite du corps humain, et que l'on est contraint à des impératifs de temps stricts.

Etudier la place de l'hypnose dans l'histoire, son évolution, et les différents courants de pensées qui s'y rattachent permet d'en évaluer l'impact et l'importance au cours des siècles. Actuellement, l'hypnose employée dans le cadre de soins est plus spécifiquement l'hypnose éricksonnienne sur laquelle nous nous pencherons plus particulièrement.

I - HISTORIQUE

Si le mot hypnose est employé pour la première fois par James Braid dans la langue anglaise dans les années 1841-1842, la pratique de celle-ci remonte vraisemblablement à la nuit des temps. En effet, bien que le terme ne soit apparu que tardivement, on peut concevoir que cette forme de communication existe dès lors que le soin passe par une relation thérapeutique. Définie comme « une manifestation courante de la communication interhumaine » par Dominique Megglé [26], l'hypnose est un « phénomène banal de la vie quotidienne » qui met en jeu une subtile interaction, verbale et non verbale, entre deux individus soumis à cette même condition humaine.

1) Les Origines de l'Hypnose

1-1. En Egypte, en Grèce

Des recherches archéologiques menées en Egypte et en Grèce montrent que les prêtres plongeaient les malades dans une sorte de transe pour les guérir. Quelques écrits égyptiens

évoquent aussi la pratique d'incantations pour traiter certaines affections des voies aériennes supérieures. A Delphes, on retrouve les Pythies grecques qui se mettaient en transe hypnotique pour relater leurs oracles aux visiteurs du temple.

Certaines de ces pratiques se rapprochent beaucoup des moyens préconisés aujourd'hui en autohypnose. A la seule différence qu'à l'époque, les résultats obtenus étaient attribués à un pouvoir occulte et surnaturel que ne possédaient que quelques rares magiciens et guérisseurs [30].

1-2. Les grands penseurs de l'Antiquité

Homère (IX^{ème} siècle avant J-C) disait déjà dans l'Iliade, que la main de l'homme est médiatrice et permet certaines guérisons.

Alexandre de Tralles, médecin grec du VI^e siècle, décrit pour sa part l'importance de l'imagination. Pour lui, la confiance accordée par le malade au thérapeute et la volonté du médecin sont les facteurs d'un grand nombre de guérisons.

Avicenne (980-1037) pense qu'un individu peut exercer sur un autre une action bonne ou mauvaise.

Saint Thomas d'Aquin (1225-1274) décrit les effets de l'autosuggestion : « Toute idée conçue dans l'âme est un ordre auquel obéit l'organisme : ainsi, la représentation de l'esprit produit dans le corps, ou une vive chaleur ou le froid ; elle peut engendrer ou guérir la maladie » [30]. Saint Thomas d'Aquin est proche ici de la conception actuelle des affections psycho-somatiques.

2) Le magnétisme animal

2-1. Paracelse (1493-1541)

Médecin, alchimiste de la Renaissance, Paracelse est à l'origine des premiers ouvrages sur le traitement magnétique des plaies (*Practica Théophrasti Paracelsi*, Nuremberg, 1529). Sa doctrine repose sur le « magne » : un fluide universel qui relierait les hommes à l'ensemble du cosmos. Un lien entre les magnés des différents êtres est mentionné, et notamment celui entre patient et thérapeute. La « fusion » de ces deux « magnés » favoriserait le processus de guérison à l'insu même des protagonistes et agirait ainsi comme un fluide réparateur [41].

Cette approche de la relation thérapeutique semble toujours d'actualité, car les enjeux profonds de la relation entre patient et thérapeute sont encore obscurs. Il écrivait déjà dans son ouvrage *Liber Paramirum* : « la suggestion confère à l'homme un pouvoir sur son semblable, comparable à celui d'un aimant sur le fer » [41]. Jung dira à son sujet presque 400 ans plus tard, en 1942 : « Paracelse est un précurseur, non seulement dans le domaine de la médecine chimique, mais encore dans ceux de la psychologie empirique et de la thérapeutique psychologique » [3].

2-2. Franz Anton Mesmer (1734-1815)

Médecin viennois, Mesmer est aussi diplômé en droit et en philosophie. En tant que médecin, il tente d'objectiver ce « fluide universel » sur lequel repose la doctrine de Paracelse dans son ouvrage « De l'influence des planètes sur le corps humain » (1766). Dans sa thèse de doctorat en médecine, Mesmer suggère que la loi de l'attraction universelle des corps célestes, décrite par Kepler et Newton, peut s'exercer de la même manière sur le corps et l'âme humaine. C'est ainsi qu'apparaît la théorie de « l'attraction universelle animale », on parle désormais de « magnétisme animal », de « fluide animal », dans lequel l'aimant semble jouer un rôle primordial.

En 1778, la censure sociale et les rivalités médicales forcent Mesmer à fuir sa Vienne obscurantiste, pour rejoindre Paris, « Ville des Lumières », où il défend sa théorie du « magnétisme animal ». Dans sa doctrine, le fluide circule par l'intermédiaire du métal via les sens (le toucher, l'odorat, l'ouïe...). C'est ainsi que les cérémonies du « baquet » font leur apparition dans les soirées mondaines de Paris. Le but de ces rituels étant de faire circuler le fluide au moyen de barres en fer reliant chaque patient au baquet, eux-mêmes reliés entre eux par une corde [28], [30].

En 1784, un rapport des commissaires chargés par le roi de l'examen du magnétisme animal dénonce le danger pour les bonnes mœurs de cette thérapeutique en soulignant « le côté trouble, voire sexuel présenté par les patientes magnétisées ». [3] Dans le courant de la même année, Deslon, un des disciples de Mesmer et régent de la Faculté de Médecine, obtient de Louis XVI une commission de membres de l'Académie Royale de Médecine et de l'Académie des Sciences, dans le but de faire reconnaître la pratique de Mesmer. Le rapport sera défavorable : « le magnétisme est inutile et dangereux » écriront-ils. [3] Mesmer quitte la

France dans le courant de l'année. Il a tout de même eu le mérite de sortir ces pratiques de l'obscurantisme en les utilisant dans un cadre médical.



D'après la revue « L'émergence de l'inconscient : Freud. Pour la science. Les génies de la science » [41].

2-3. Général Armand de Chastenet, marquis de Puységur (1751- 1825)

Ancien général d'artillerie dans les armées de Louis XVI, Puységur fut l'élève de Mesmer avant que celui-ci ne quitte la France. A cette époque, les condamnations officielles, les bouleversements de la période révolutionnaire et les guerres de l'empire ont eu raison des cercles mesmériens aussi appelés les « Sociétés de l'Harmonie ».

Puységur découvre par hasard le somnambulisme artificiel ou provoqué, ce qui lui permet de dialoguer avec le sujet magnétisé. Bien qu'ardent propagandiste des théories de Mesmer, il propose une mutation de la thérapie du maître. La crise convulsive n'est plus considérée comme un point d'aboutissement mais est interprétée comme une résistance à la thérapie. Puységur a donc ceci de remarquable qu'il donne la possibilité au sujet d'agir et de parler, il va au-delà de cette crise convulsive chère à Mesmer. La réputation de Puységur

devient telle que les malades accourent dans sa propriété de Buzancy. L'affluence est tellement importante qu'il magnétise un orme sur la place du village, les patients assis autour et reliés à l'arbre par des cordes. Rappelé par son régiment, il ne peut pas poursuivre ses expériences.

Ainsi Puységur comme Mesmer plongent leurs patients dans un état de conscience hypnotique mais, le premier laisse le patient guider les séances et tient compte des pensées propres du sujet, alors que le second recherche des manifestations spectaculaires. Puységur ne se détache pas de la théorie du magnétisme animal et attribue son pouvoir à un fluide qu'il nomme « principe vital ». L'Académie de Médecine condamnera également ses pratiques. En province, on s'intéresse beaucoup à lui mais, d'autres préoccupations secouent Paris : la Révolution. Ce n'est qu'après la chute de l'Empire (1815) que d'autres travaux sur le magnétisme animal paraissent.



D'après la revue « L'émergence de l'inconscient : Freud. Pour la science. Les génies de la science » [41].

2-4. Joseph Deleuze (1753-1835)

Elève de Puységur, Deleuze réaffirme l'existence du fluide magnétique. Exerçant en ville, contrairement au maître qui pratique en campagne, il cherche à s'adapter à l'environnement en optimisant les séances. Deleuze ritualise alors les séances, il les standardise et les structure afin de diminuer l'apparition de crises, instaurant ainsi un cadre sécurisant pour le patient et favorisant l'action du fluide magnétique [30].



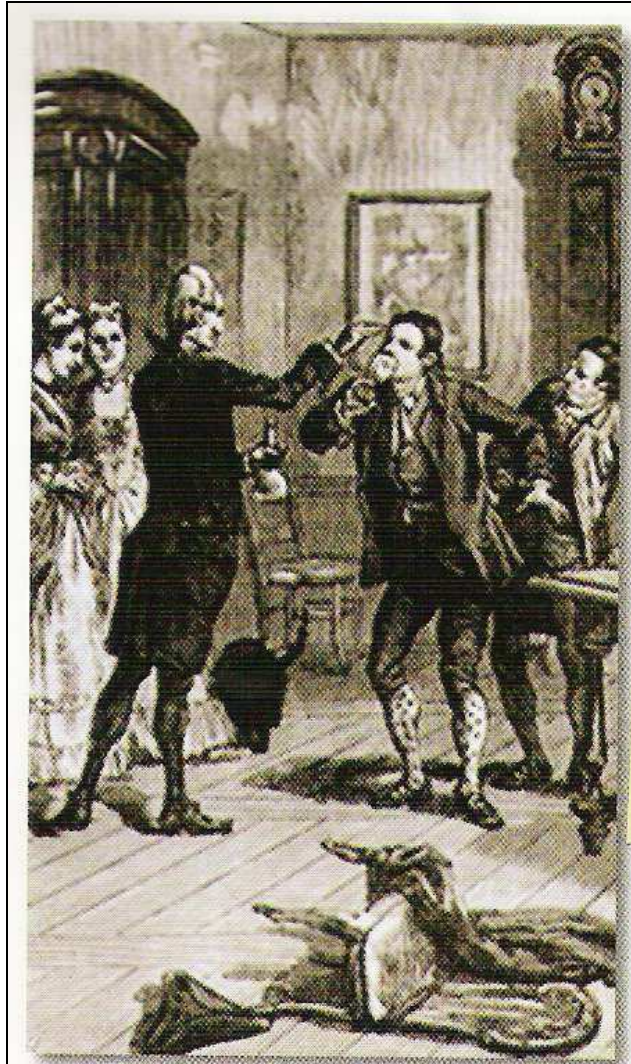
D'après la revue « L'émergence de l'inconscient : Freud. Pour la science. Les génies de la science » [41].

3) Les bases de la suggestion

3-1. L'Abbé Faria (1756-1819)

Prêtre portugais ayant grandi en Inde jusqu'à ses 15 ans, l'Abbé Faria arrive à Paris pendant la révolution et y participe activement. Il bouleverse les théories de l'époque ; en effet, pour lui le fluide magnétique n'existe pas. Son cadre de référence est le sommeil. Dans son ouvrage « De la cause du sommeil lucide », le cerveau humain est responsable du sommeil hypnotique, rendant ainsi inutile le fluide magnétique. Il ouvre aussi une réflexion sur l'influence suggestive du langage, édifiant ainsi les bases de la suggestion et de la psychothérapie verbale.

L'Abbé Faria induit le sommeil lucide en ordonnant à distance « dormez » d'un ton péremptoire. Il a le courage à l'époque de se séparer de tout accessoire et de n'accorder aucune propriété spéciale au magnétiseur, minimisant ainsi sa propre puissance. Cette position nuit gravement à sa réputation, c'est pourquoi il sera rapidement oublié [41].



L'abbé Faria (1756-1819) attribuait le somnambulisme induit à des facteurs psychiques. Il demandait au patient de fermer les yeux, de penser au sommeil, puis ordonnait « Dormez ! ». Ensuite, le patient obéissait aux ordres. Le réveil était aussi commandé par la voix.

D'après la revue « L'émergence de l'inconscient : Freud. Pour la science. Les génies de la science » [41].

3-2. James Braid (1795-1860)

Chirurgien ophtalmologiste de Manchester, James Braid reprend et améliore les théories de l'Abbé Faria. C'est à l'occasion d'un spectacle de foire qu'il assiste à des expériences mesmériques présentées par un français du nom de Lafontaine. Cette démonstration l'intrigue et le pousse à approfondir le sujet. Dès 1841, il abandonne définitivement le magnétisme animal qu'il qualifie de « charlatanisme et supercherie » [3]. Il élabore une théorie qu'il publie en 1843 sous le nom « Neurohypnologie, traité du sommeil nerveux ou hypnotisme » dans laquelle il tente d'établir des bases scientifiques à l'hypnose. Il introduit le terme d'hypnose (« hypnosis » en anglais, du grec *hypnos* qui signifie sommeil), ainsi que la notion d'auto-hypnose car selon lui, le sujet peut s'hypnotiser seul en fixant un objet brillant [12], [41].

Avant Puységur, le magnétiseur avait le fluide curatif, donc le pouvoir. A partir de Puységur et de l'Abbé Faria, le pouvoir passe au magnétisé, et Braid d'aller encore plus loin en affirmant la capacité du sujet à s'hypnotiser seul, sans même la présence de l'hypnotiseur ! Braid reste méconnu à l'époque aussi bien en France qu'en Angleterre. Ce n'est qu'en 1848, que ses théories sont reprises en Amérique par Grimes. Dans « The power of the mind over the body », Grimes rejoint Braid sur le fait que, par la parole, on peut obtenir les mêmes effets sur un sujet éveillé que sous hypnose. Il réalise alors que la suggestion par la parole est déterminante, il y applique sa méthode de « l'électrobiologie » et explore les possibilités analgésiques.

4) Le retour au magnétisme animal

Le Docteur Husson, médecin à l'Hôtel Dieu, fait venir un magnétiseur nommé Du Potet, qui pratiquera régulièrement le magnétisme animal dans son service à partir des années 1820. En 1831, il rédige un rapport sur le magnétisme animal pour l'Académie de Médecine et l'Académie des Sciences, les conclusions y sont pour la première fois favorables. Il y exprime aussi le souhait de réserver l'hypnose à une pratique exclusivement médicale, afin de la protéger des pratiques charlatanesques. Les Académies refusent d'imprimer le rapport, laissant à Husson la responsabilité de ses conclusions.

Alexandre Bertrand, polytechnicien et médecin, pratique pour sa part le magnétisme avec son ami le Général Noizet. Le Général, plus proche des théories de Faria, finira semble-t-il par gagner Bertrand à ses idées [30].

5) L'hypnose à but thérapeutique

5-1. Eugène Azam et Velpeau

Il faudra attendre les années 1860 pour que le professeur Eugène Azam, chirurgien bordelais suppléant à l'école de Médecine, se penche de nouveau sur l'hypnose. De 1858 à 1893, il travaille dans un asile d'aliénés où il assiste à diverses manifestations délirantes et hystériques. Suite à cette expérience, il élabore les concepts de « double conscience » et de « dédoublement de personnalité ». Etant chirurgien, il cherche aussi à utiliser l'hypnose à des fins analgésiques au cours d'interventions chirurgicales. En 1859, Velpeau présente à l'Académie des Sciences une note sur l'anesthésie chirurgicale hypnotique. Nombre de chirurgiens rapportent leurs opérations dans la presse médicale, mais les réussites sont rares, ce qui discrédite le braidisme.

5-2. Liébault (1823-1904)

Médecin à Pont-Saint-Vincent près de Nancy, il commence à pratiquer l'hypnose vers 1850. Le braidisme renaîtra dans l'ouvrage de Liébault « Du sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action du moral sur le physique » paru en 1866. Inspiré de la technique de Braid, Liébault fonde sa thérapie sur la suggestion verbale. Qualifié d'archaïque par les milieux médicaux, il a tout de même le mérite de sortir l'hypnose du cadre du somnambulisme en la dépouillant de tout artifice. Il se contente de suggérer aux malades la disparition de leur(s) symptôme(s). Bernheim dira à son propos qu'« il endort par le parole, il 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 ». [3]



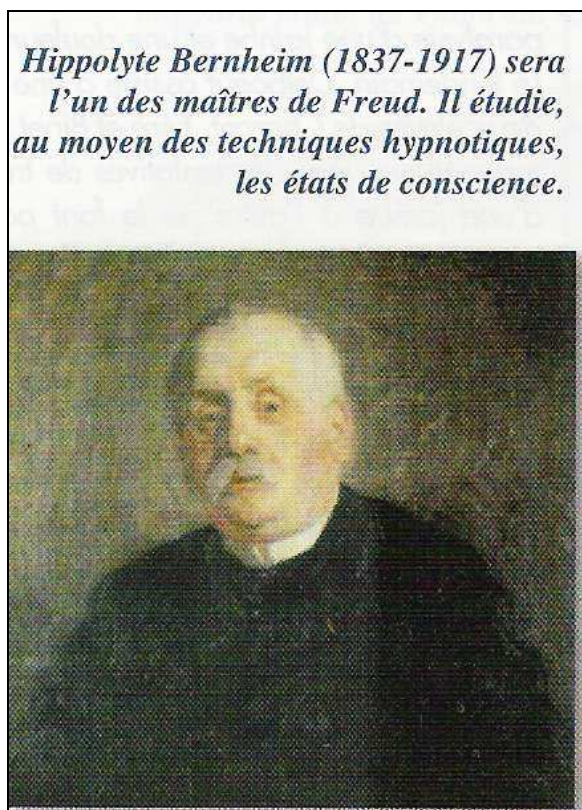
D'après la revue « L'émergence de l'inconscient : Freud. Pour la science. Les génies de la science » [41].

5-3. Hippolyte Bernheim (1837-1917)

Le « vieux Liébault » ne laisse pas indifférent, les mouvements d'opinion autour de ce médecin courageux et anticonformiste attirent l'attention de Bernheim. Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy, Bernheim étudie les travaux de Liébault, et dès 1882, lui apporte la caution qui lui manquait. Dans son ouvrage « De la suggestion » paru en 1891, il déclare : « C'est à Monsieur Liébault que je dois la connaissance de la méthode que j'emploie pour provoquer le sommeil et obtenir certains effets thérapeutiques incontestables » [3]. Il va perfectionner les techniques utilisées par Liébault et créer les bases scientifiques de l'hypnothérapie moderne en posant des bases exclusivement psychologiques à l'hypnose. Il démontre que l'hypnose est un phénomène psychologique normal. Ses travaux marquent un virage définitif et aussi la fin du magnétisme animal. Bernheim se trompe cependant lorsqu'il affirme que le sommeil ordinaire ne diffère pas du sommeil hypnotique. Il doute de la nécessité du sommeil hypnotique pour influencer, il substitue alors à la conception de suggestibilité par le sommeil provoqué de Liébault, la conception de la suggestibilité normale

à l'état éveillé. Il en déduit que l'état hypnotique est réductible à la seule suggestion contrairement à ce pensait Liébeault. A noter que jamais la relation thérapeutique n'a été considérée, ni même soupçonnée comme étant un facteur entrant en jeu dans l'induction hypnotique.

L'Ecole de Nancy voit le jour à cette époque, les divergences entre les écoles de Paris et de Nancy apparaissent. Pour les nancéens, contrairement aux thèses parisiennes, la suggestion verbale est à l'origine du processus hypnotique qui est un état parfaitement naturel.



D'après la revue « L'émergence de l'inconscient : Freud. Pour la science. Les génies de la science » [41].

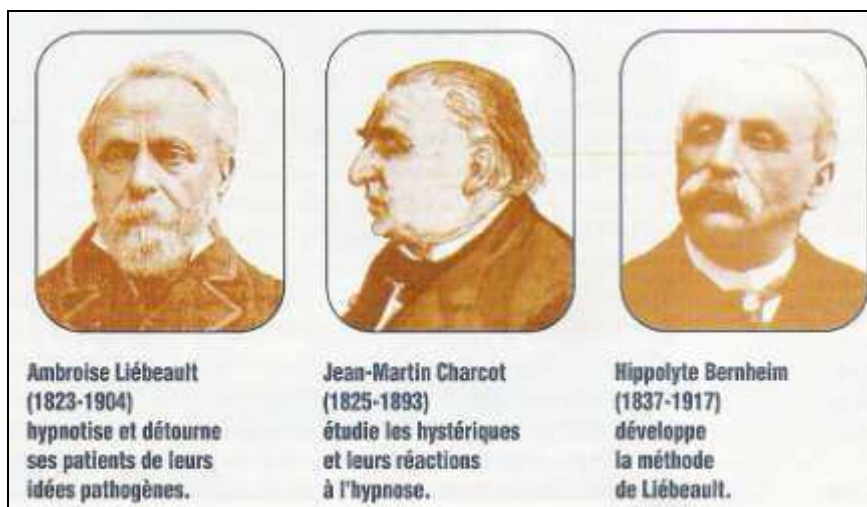
5-4. Jean-Martin Charcot (1825-1893)

Professeur de neurologie à la Salpêtrière et membre de l'Académie de Médecine, il cherche à déterminer les signes physiques des divers états hypnotiques et s'intéresse principalement à l'hystérie. Les expériences de Burq sur la « métalloscopie » séduisent Charcot lorsque que Claude Bernard, alors président de la Société de Biologie, le charge de

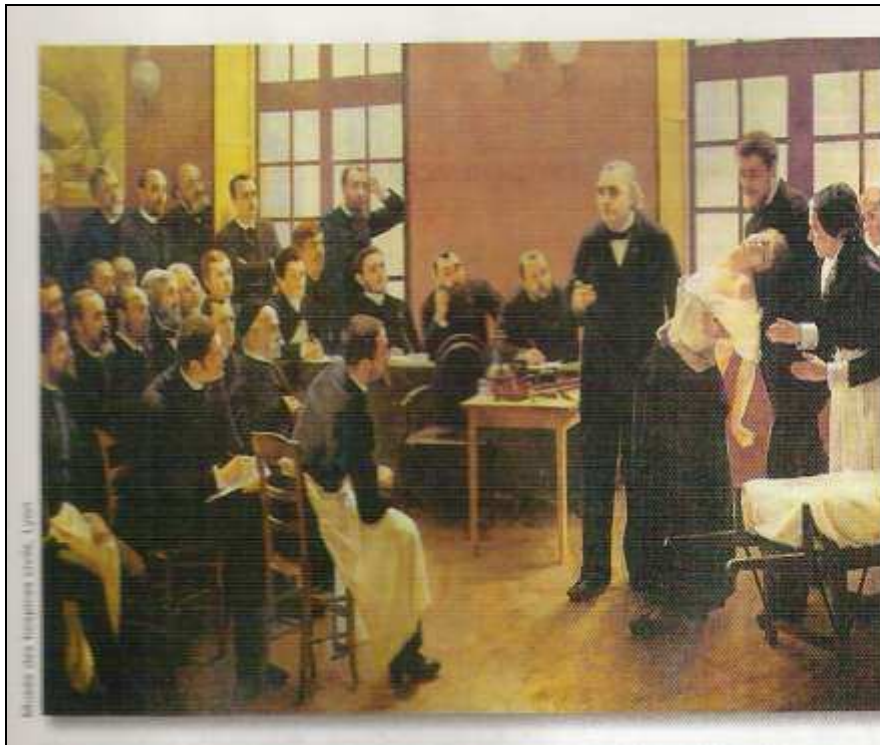
rédiger un rapport sur l'action des métaux sur le somnambulisme. Ce rapport rédigé par Charcot, Luys et Dumontpallier est favorable aux expériences de Burq. C'est le retour à une vision passéiste du mécanisme de l'hypnose, les métaux et aimants reprennent du terrain, comme si les travaux de l'Abbé Faria ou Liébeault n'avaient jamais existés...

En 1878, les célèbres conférences de Charcot commencent à la Salpêtrière donnant un essor indéniable aux études sur l'hypnose. La renommée de Charcot devient rapidement mondiale. Pour Charcot, l'état hypnotique est une névrose qui ne se développe que chez les hystériques. La grande étude de l'hystérie commence donc. Durant les cours publics qu'il donne dans l'amphithéâtre de Paris, Charcot hypnotise des patientes diagnostiquées comme hystériques par des passes et des applications de métaux. Devant le tout-Paris, il expose alors sa théorie : il s'agit pour lui d'une névrose hystérique, composée de trois états : la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme.

Bernheim s'oppose à la théorie de Charcot et prouvera même son inexactitude. Une des erreurs de Charcot est d'attribuer aux métaux des vertus qu'ils n'ont pas et du même coup minimiser l'impact de la suggestion verbale. Charcot définit en outre l'hypnose comme un état pathologique. Par contre, grâce lui, l'hypnose pénètre officiellement à l'hôpital de la Salpêtrière, l'hôpital le plus réputé de l'époque. C'est l'âge d'or de l'hypnose en France.



D'après la revue « L'émergence de l'inconscient : Freud. Pour la science. Les génies de la science » [41].



Les cours de Charcot étaient un spectacle à la mise en scène soignée. Ce tableau d'André Brouillet – dont Freud conservera une copie dans son bureau – présente une des célèbres démonstrations du neurologue sur l'hystérie. La patiente qui tombe dans les bras d'un assistant (Babinski) est probablement Blanche Wittmann, la plus célèbre de ses hystériques.

D'après la revue « L'émergence de l'inconscient : Freud. Pour la science. Les génies de la science » [41].

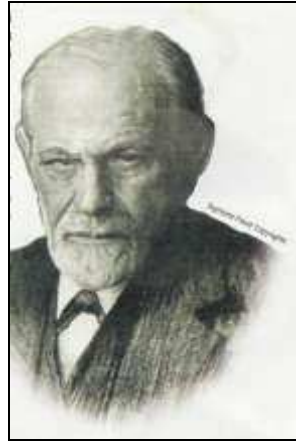
5-5. Georges Gilles de la Tourette

Georges Gilles de la Tourette représente avec Babinski, Binet, Féré et quelques autres auteurs, les défenseurs de l'Ecole de Paris qui s'oppose à celle de Nancy. Il est d'ailleurs dûment représenté dans le célèbre tableau d'André Brouillet intitulé « Une leçon de Charcot à la Salpêtrière ».

5-6. Pierre Janet (1859-1947)

Elève de Charcot, il soutient les thèses de l'Ecole de Paris puis se rapproche des idées de Bernheim en évitant soigneusement de prendre part dans la querelle. Sa double formation en philosophie et médecine lui permet d'avoir un regard original sur l'hypnose. Il est à l'origine de la dissociation et tente l'ébauche de la « troisième voie », dans laquelle il décrit « la passion somnambulique » de l'hypnotisé envers l'hypnotiseur. Janet abandonne ses travaux en 1910, lesquels seront repris aux Etats-Unis par Ernest Hilgard (1960) dans sa théorie de la néo-dissociation [3], [30].

5-7. Sigmund Freud (1856-1939)



D'après l'ouvrage « L'émergence de l'inconscient : Freud », de Bernard This [41].

Jeune neurologue viennois, Freud vient à Paris pour y effectuer un stage à la Salpêtrière de 1885 à 1886, où il assiste aux cours et leçons publiques de Charcot. Traumatisé par ces grandes crises hystériques, il manque de rentrer dès 1885. Comme Charcot, Bernheim reçoit la visite de Freud en 1889, il écrira à ce propos : « Je fus témoin des étonnantes expériences de Bernheim sur ces 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 de la conscience de l'homme ». [4] Freud sera habile dans sa prise de position entre les deux écoles, il dira en 1930 : « En ce qui concerne l'hypnotisme, j'ai pris parti contre Charcot et je n'ai pas été non plus entièrement d'accord avec Bernheim ». [6]

Freud pratique personnellement l'hypnose dans son cabinet mais, constatant un grand nombre de résistances à sa technique, se sent mis en échec. Il refuse les suggestions autoritaires qu'utilisaient Bernheim et se détourne alors de l'hypnose en 1892, pour utiliser la technique de l'analyse des associations libres. Celle-ci donne naissance à la psychanalyse. Suite à l'anecdote où l'une de ses patientes se jette à son cou, Freud s'intéresse non plus simplement au patient mais à la relation médecin-malade et élabore ainsi la théorie du transfert. Il est aussi à l'origine de l'élaboration du mécanisme du refoulement.

Lorsque Freud se détourne l'hypnose, cela ne lui semble pas définitif. Il continuera d'ailleurs de la mentionner dans de nombreux ouvrages, et notamment en 1918 il écrit : « l'application de notre thérapie à de nombreux malades, nous obligera largement à allier l'or

pur de l'analyse au cuivre de la suggestion, et l'influence hypnotique pourrait même y retrouver une place ».

6) Hypnose au XXème siècle

La mort de Charcot et le retentissement des travaux de Freud, entraînent un désintérêt pour l'hypnose qui tombe de nouveau dans l'oubli. Pierre Janet, dont la carrière débuta à la fin du XIX^{ème} siècle, estimait en 1919 : que ce désintérêt n'était « qu'une éclipse passagère, un accident momentané...dans l'histoire de la psychothérapie. ».

6-1. Johan Heinrich Schultz (1884-1970)

Professeur de neuropsychiatrie en Allemagne, il élabore le « Training autogène » en 1912. Technique de relaxation utilisant l'hypnose, elle permet aux patients d'apprendre à maîtriser et induire un état proche du sommeil. Cette méthode est d'ailleurs toujours utilisée pour lutter contre le stress.

6-2. Ecole soviétique

Elle se développe de 1922 à 1960. Pour Pavlov, célèbre scientifique à l'origine de la théorie sur les réflexes conditionnés, l'hypnose est un phénomène physiologique qui peut donc agir sur les fonctions vitales. En posant des bases physiologiques à l'hypnose, l'école pavlovienne refuse la notion d'inconscient freudien au même titre que les autres découvertes freudiennes.

6-3. Aux USA

Les psychanalystes se penchent sur la question de l'hypnose, notamment Kubie qui publie des essais de théorisation psychanalytique de l'hypnose en 1944. Selon Kubie, suggestion et transfert sont les conséquences et non les causes de l'hypnose.

D'autres, tels que Gill et Brenman s'intéresseront à la relation hypnotique patient-hypnotiseur. Il faut attendre 1958 pour que l'American Medical Association réintègre l'hypnose dans la pratique médicale (la British Medical Association la réhabilite officiellement en 1955).

6-4. Léon Chertok (1911-1991)

Psychiatre et psychanalyste français, il soutient l'hypnose dès la fin de la Seconde Guerre Mondiale, et reprend ainsi le flambeau. Il parvient à rester fidèle à Freud et à l'hypnose, se heurtant souvent aux écoles psychanalytiques et au monde médical, qui ne reconnaissent pas d'intérêt à l'hypnose. Chertok défend l'idée selon laquelle tout un chacun est hypnotisable à divers degrés. Pour lui l'hypnose est un lieu psychosomatique, car il l'imagine au carrefour entre le psychisme et l'organisme. L'hypnose devient alors son modèle de référence de la relation malade-thérapeute. Un des grands intérêts des travaux de Chertok, est qu'il donne la parole à nombre de chercheurs, sociologues et philosophes cliniciens. Il échange notamment avec François Roustang qui avancera le concept « d'éveil paradoxal » en miroir au « sommeil paradoxal », alors que Chertok évoque un « quatrième état » [3], [30].

6-5. Milton Hyland Erickson (1901-1980)

Ce n'est qu'en 1983 que l'approche thérapeutique révolutionnaire de ce psychiatre américain pénètre en France et ce, grâce à la publication de Jay Haley « Uncommon Therapy » traduit en français par « Un thérapeute hors du commun, Milton H. Erickson ». Il semble difficile d'évoquer les idées d'Erickson sans parler de l'Homme, de sa Vie. La psychothérapie, c'est l'expérience de la Vie d'un patient qui rencontre celle d'un thérapeute. Avec Erickson « nous sommes immédiatement dans le champ de l'expérience quotidienne de la vie humaine, [...] celui de notre condition humaine à accepter et à assumer pour nous épanouir. » [26]. C'est de l'expérience, de l'observation des réactions et comportements humains qu'Erickson a tiré les moyens d'actions qui ont révolutionné la psychothérapie.

Né en 1901 dans le Nevada, la vie lui imposera plusieurs handicaps. Erickson est atteint d'une dyschromatopsie rare, dont la conséquence est que la seule couleur qui lui soit agréable est le violet. Il est aussi sourd aux rythmes auditifs et ainsi qu'aux mélodies. Ces handicaps qui le séparent des autres dans sa perception au quotidien, le poussent à se questionner sur la relativité de la perception. Sa surdité l'intrigue et lui permet de trouver un tempo qu'il ressent : son pouls, mais surtout sa respiration. Il trouve alors un moyen de suivre le rythme des autres : la respiration. Nous verrons plus loin que l'accord respiratoire est un puissant moyen de collaboration thérapeute-sujet. Dyslexique, il se passionne pour la langue et surtout pour la sémantique. Des heures passées à lire le dictionnaire lui valurent le surnom

de « Monsieur Dictionnaire ». C'est alors qu'il commence à jouer sur les différents niveaux d'abstraction de la communication, en désignant plusieurs choses avec un seul mot, en disant simultanément une chose et son contraire, ou encore en parlant d'une chose tout en attirant l'attention de son interlocuteur sur une autre. C'est ce qu'on nommera la « communication indirecte multi-niveaux ». Il guérit subitement grâce à une hallucination. De cette guérison, il tirera *a posteriori* trois leçons : l'hypnose est un phénomène de la vie quotidienne, elle facilite le changement et que l'on n'a pas besoin de comprendre pourquoi il était dyslexique pour en guérir.

A 17 ans, il se retrouve paralysé par une poliomyélite aiguë antérieure. C'est une maladie sans traitement, qui suit son évolution en plusieurs stades : invasion virale, installation et extension des paralysies. Ensuite, il y a une stabilisation, parfois récupération, et la plupart du temps se manifeste un syndrome post-poliomyélitique, des dizaines d'années après, dont la gravité et la survenue sont variables. Pour Erickson, une fois l'invasion virale terminée, le bilan est la paralysie motrice totale. Un jour qu'il est assis dans un fauteuil à bascule, l'envie de regarder par la fenêtre le prend, il se représente mentalement l'image du mouvement et voit que la chaise se met à se balancer légèrement. Un passage existe donc entre la représentation mentale et la motricité. Sans doute que cette poliomyélite posa de nombreuses bases pour l'avenir : vocation médicale, intérêt pour l'hypnose, développement de la communication indirecte, en plus de son appétit de vivre inné.

Jeune étudiant en médecine, il rencontre le prestigieux Clark L. Hull qui, malgré la pression psychanalytique de l'époque, non seulement s'intéresse à l'hypnose, mais va jusqu'à organiser des séminaires sur le sujet. Hull, séduit par la personnalité d'Erickson, l'introduit dès 1923-1924 dans ses séminaires réputés. Erickson met enfin des mots sur son vécu autodidacte : hypnose, hallucination, processus idéomoteurs, autohypnose... Hull lui donne le feu vert pour faire de l'hypnose à tour de bras, à tel point qu'il devient « Monsieur Hypnose ». Hull veut mettre au point un protocole standardisé d'hypnose, universel et applicable à tous les individus. Erickson s'y oppose démontrant le paradoxe de cette recherche car selon lui, l'hypnose exprime au contraire l'individualité de chacun.

Après avoir été réduit au silence par Hull (n'étant que simple étudiant), il finit ses études en 1928, puis fait son internat et l'assistantat de psychiatrie avant d'être praticien hospitalier. Il travaillera dans l'Université du Wisconsin, puis à Rhode Island, et enfin dans le

Massachusetts (1930). Durant ces années il passera une maîtrise de psychologie, et se mariera. Ce mariage malheureux dura dix ans. Dans certains services hostiles à l'hypnose, on lui interdit de la pratiquer. Contournant cette résistance à sa manière, il développe des techniques de communication efficaces d'allure non hypnotiques.

A 33 ans, il devient professeur de psychiatrie et part travailler dans le Michigan près de Détroit, où il rencontre une psychologue : Elisabeth Moore. Ils se marient et ont cinq enfants. Il y aura une véritable synergie entre eux, ils s'accompagnent et se soutiennent toute leur vie durant. Débarrassé de tout patron sectaire, il peut enfin réaliser la recherche fondamentale sur les phénomènes psychophysiologiques. Il étudie les modifications hypnotiques des perceptions, développe des procédures inattendues d'induction hypnotiques...

A 47 ans (1948), il quitte le Michigan pour le désert de l'Arizona, où il commencera une pratique libérale arrêtant définitivement toute pratique hospitalière. Dans les années cinquante, la psychanalyse règne : le thérapeute « éthique » ne doit pas se mêler de la vie sociale des patients, ni faire intervenir la sienne, ni se rendre au domicile, il doit recevoir individuellement et aider le patient à comprendre ce qui dans son passé a provoqué les problèmes actuels. Or Erickson fait tout l'inverse : il reçoit chez lui, reçoit les couples et invente chaque jour de nouvelles initiatives scandaleuses mais qui « marchent », les gens se prétendent guéris !

Si les « caciques » et les tartuffes s'intéressent à lui, ils ne sont pas les seuls. Les patients viennent de plus en plus loin, des psychiatres, médecins, anesthésistes et même des dentistes essaient de comprendre l'origine de ses succès. Erickson est très demandé. Bateson lui envoie Jay Haley et John Weakland pour étudier « les paradoxes de l'abstraction dans la communication » et les systèmes organisés complexes ; ces travaux donneront naissance à la célèbre école de Palo Alto et aux thérapies systémiques.

A 52 ans, il se retrouve de nouveau paralysé par le syndrome post poliomyélitique. En 1957, il fonde *l'American Society of Clinical Hypnosis*. Il en est le premier président et crée *l'American Journal of Clinical Hypnosis*, dont il est le rédacteur en chef pendant dix ans. Ernest Rossi cherche à décoder la « boîte à outils » de la communication indirecte d'Erickson. Sydney Rosen et Jeffrey Zeig furent deux autres rencontres importantes pour Erickson, Zeig

est d'ailleurs toujours aux commandes de la fondation « Erickson ». C'est à 79 ans, le 25 mars 1980, qu'Erickson meurt [26].

L'hypnose questionne, elle ne laisse pas indifférent. Tant de théories, tant de mouvements et de méthodes parfois même contradictoires parsèment sa longue histoire. Tantôt condamnée, tantôt encensée, elle suscite toujours de l'intérêt. Léon Chertok retrace les méandres du parcours de l'Hypnose dans « Résurgences de l'hypnose, une bataille de deux cents ans » (aux éditions Desclée de Brouwer, 1984).

II - HYPNOSE ERICKSONIENNE

1) L'approche Ericksonienne

1-1. Introduction

L'hypnose est un terme auquel on associe encore bien souvent un aspect magique et mystérieux. Beaucoup de gens continuent à penser qu'il existe des forces malveillantes et dangereuses ainsi qu'une soumission à la volonté du thérapeute, qui aurait alors un pouvoir personnel sur le sujet hypnotisé. Contrairement à ces croyances, l'hypnose n'est pas un sommeil durant lequel le sujet perd connaissance, celui-ci peut entendre tout ce qui se passe autour de lui, et même dialoguer avec le thérapeute. Le patient peut, au même titre qu'il est capable d'entrer seul en hypnose, en sortir tout aussi aisément seul, il reste maître de la situation à tout moment [28], [30].

Nous abordons l'hypnose comme une manière créative d'être en relation avec les gens. En effet, l'hypnose est un moyen de communication utilisant les capacités naturelles du patient à entrer en transe afin de l'aider à modifier sa réalité interne, son comportement inconscient [37]. L'hypnose est un « état modifié de conscience », qui survient après focalisation (ou hyperconcentration) du patient et au cours duquel l'inconscient est réceptif à certaines suggestions, notamment aux suggestions mobilisatrices de ressources internes et d'orientation de celles-ci vers un but thérapeutique. [1], [40], [45]

1-2. « La transe quotidienne commune »

L'état hypnotique est un phénomène mental, somme toute banal, puisqu'il s'observe couramment dans la vie quotidienne. Erickson appelait ces moments où l'on « décroche » de l'environnement, « la transe commune de tous les jours ». En effet, qui n'est jamais « parti » dans ses pensées au point d'en oublier tout ce qui l'entoure ? Qui n'est jamais « rentrer » dans un film au point d'avoir besoin d'un peu de temps pour « atterrir », pour « revenir dans la réalité », en sortant de la salle de cinéma ? Ou encore qui n'a jamais été absorbé dans un livre,

jusqu'à voir ce que voient les personnages, les entendre parler, rire, et même ressentir leurs émotions ?

Pour Dominique Mègglé [26], ces moments d'état hypnotique naturel, sont ceux de « l'intuition créatrice ». Car si l'on pense dans notre culture rationaliste que nous fabriquons nos idées parce que nous y pensons, en réalité cette réflexion consciente et logique n'est que la première partie du travail de l'esprit. Les données traitées consciemment sont ensuite confiées à l'inconscient, qui cherche des similitudes et différences dans les expériences passées, stockées dans la mémoire. La partie inconsciente renvoie ensuite une solution au conscient qui semble surgir de nulle part : « une idée m'est venue ! ». Comme Archimède poussant son célèbre « eureka » dans sa baignoire et Newton inspiré par la chute d'une pomme...

Il faut souligner qu'en chaque être humain existe la capacité de vivre différents états de conscience, parmi lesquels figurent également les trances hypnotiques. Elles se différencient toutefois des autres états modifiés de conscience (sommeil, évanouissement, ivresse, narcose...) dans lesquels l'attention cérébrale et les capacités de réactions sont limitées. Lors de l'hypnose, cette attention est augmentée par « focalisation », les pensées sont canalisées vers un but, et conduisent à un accroissement des possibilités [40].

1-3. « L'inconscient éricksonien »

Pour Erickson, l'inconscient englobe « tout ce qui n'est pas conscient ». Nous sommes bien loin des considérations freudiennes car dans l'approche éricksonienne, l'inconscient est sage, protecteur et détenteur de toutes nos ressources et connaissances, il est d'ailleurs considéré comme un « vaste réservoir d'apprentissage » et « de ressources positives » [3]. Il est capable de prendre en charge nombre d'informations, de tâches complexes et variées, le plus souvent ignorées du conscient, qui lui, ne peut traiter qu'environ sept informations simultanément. Il s'agit d'un inconscient hyper créatif qui gère notre mémoire et peut garder en « réserve » nos expériences oubliées, qui pourtant influencent nos comportements au quotidien. Son fonctionnement est à la fois simple et complexe. Simple, car il est littéral et que celui-ci « va toujours vers le plaisir » [3] ; complexe, dans « la justesse de ses prises de positions et décisions, sa sagesse [...], ses fonctions de protection [...] et de conseils ». Il est toujours présent, il participe ou influence le conscient à tous les moments de la vie, par des intuitions, des rêves, des pensées ou des gestes irréflechis et automatiques...

1-4. Principes et éthique

1-4-1. La thérapie du changement

Pour Erickson, [3] « L'art de l'hypno-thérapeute est d'aider les patients à atteindre une compréhension qui va les aider à abandonner certaines limitations de la vision de leur vie de tous les jours, de sorte qu'ils pourront atteindre un état de réceptivité pour ce qu'ils ont en eux-mêmes de nouveau et créatif ». Chaque individu est soumis aux limites de son cadre de référence, qui se manifestent dans ses « croyances limitantes ». Celles-ci résultent d'expériences négatives, voire traumatiques, vécues et assimilées à des échecs, desquelles le sujet se protège en concluant à son incapacité à les réaliser. Ces croyances limitantes ont donc une fonction de protection, c'est pourquoi il est important de les respecter tout en cherchant à les dépasser. L'objectif est alors d'aider le patient à reconnaître d'autres apprentissages souvent inconscients, comme la marche ou le vélo, ce qui lui permet de prendre conscience de ses capacités, et favorise l'acquisition consciente de nouvelles compétences.

Dominique MEGGLE [26] résume en quatre points cette approche :

- 1 : le but de la thérapie est le changement,
- 2 : le thérapeute est là pour aider le patient à changer par lui-même,
- 3 : chaque patient est unique,
- 4 : c'est au thérapeute de s'adapter au patient, et non l'inverse.

Pour reprendre ces différents points, nous pouvons dire que l'hypnose est un mode de communication privilégiée, dite « multi niveaux », qui a pour but d'aider le patient au changement grâce à la recherche de ressources inutilisées, tout en respectant et en tenant compte des croyances, des ressentis subjectifs et de l'environnement de celui-ci.

1-4-2. « Chaque patient est unique »

Ce principe a pour corollaires plusieurs points très importants de cette approche, notamment, celui qui souligne le fait que c'est au thérapeute de « rejoindre » le patient « où il est » et de s'adapter à ses croyances et à son vécu interne. Ainsi, l'approche éricksonienne considère que tout le monde est « hypnotisable » à partir du moment où le thérapeute réussit à accompagner avec cohérence le mode de fonctionnement interne du sujet. En effet, dans la

mesure où l'hypnose est un phénomène naturel et que le thérapeute s'adapte à l'individualité de son patient, celui-ci peut induire une transe chez la plupart des gens. S'adapter à l'individualité du patient signifie le « rejoindre » à son stade de développement et dans son « écosystème ». L'approche thérapeutique sera différente selon l'âge, les étapes de vie du patient... On touche ici à la notion de « cycle de vie » qui a été introduite par Jay Haley, élève d'Erickson. Selon ce concept, les symptômes pourraient être liés aux différentes étapes de la vie, notamment à certains passages particuliers, comme celui de l'enfance à l'adolescence, de l'autonomisation, du mariage, du devenir parents, du départ des enfants, de la retraite... Le thérapeute doit donc tenir compte du système dans lequel évolue le patient.

1-4-3. Un jeu relationnel

Le travail sous hypnose est considéré comme une collaboration entre deux experts : il n'y a pas de hiérarchie entre patient et thérapeute. D'après Jean Godin, introducteur de l'hypnose en France dans les années quatre-vingt [3], « l'état hypnotique, loin d'être un état passif de réceptivité ou de suggestibilité est un travail actif de la part du patient. L'expérience hypnotique est simplement conçue comme un exercice psychologique dans lequel une personne en accompagne une autre ». Le travail effectué ne consiste donc pas en une obéissance à des ordres ou en une reconnaissance de solutions données par le thérapeute mais en un accompagnement, un jeu relationnel dans la recherche de ressources dans l'inconscient du sujet. Au sein de cette relation thérapeutique, le praticien prend d'ailleurs une position dite « basse », qui est celle de l'observation, de l'apprentissage, non exposée et contrôlante, alors que le patient est en position « haute », celle de l'action, du pouvoir, du savoir, qui est exposée, risquée, et contrôlée. Afin de restituer au sujet le fait qu'il est actif et demandeur, certains utilisent fréquemment le terme de « client » en hypnose, le terme de patient sous-tendant la passivité.

1-4-4. Une approche permissive, stratégique et solutionniste

L'approche éricksonienne est dite permissive, car elle laisse au patient un maximum de choix et valide les réactions de celui-ci, ce qui permet de surmonter ses résistances qui sont considérées comme appartenant au processus hypnotique, et même comme des leviers du changement. « L'hypnose éricksonienne [...] laisse le sujet résoudre son problème sans une

intervention directe dictant la solution » [3]. Il s'agit de guider le sujet, celui-ci étant libre de ses réactions et de ses choix, plusieurs alternatives lui sont offertes.

Stratégique et « solutionniste » signifient que l'hypnose est un des outils de la thérapie : elle est stratégique, c'est à dire avec un « plan de traitement », (bien sûr très modulable car s'adapte en permanence au patient), et est orientée vers la solution.

Cette approche est aussi qualifiée « d'utilisationnelle » pour désigner le fait qu'on utilise tout ce que le patient « apporte » en thérapie, que ce soit des images, des résistances... Le cadre de cette approche est donc très souple. Les principes généraux de cette technique peuvent être regroupés en quelques points importants :

- ✓ L'objectif est celui du patient, il est à définir et à construire en début de thérapie. Un recentrage peut être nécessaire sur les objectifs propres du patient (pas ceux du conjoint ou de la famille).
- ✓ Décomposition du problème, travail sur la conception de l'échec et la capacité au changement pour induire le plus petit changement, qui est déjà un début de changement, etc...
- ✓ Utilisation des résistances comme leviers du changement.
- ✓ Développement des apprentissages par les expériences, les métaphores, les tâches...
- ✓ Utilisation des ressources et croyances propres au patient (on « rejoint le patient où il est »).
- ✓ Orientation vers l'avenir en s'appuyant sur les ressources du passé : « Comment saurez vous quand la thérapie sera finie ? »

2) La transe hypnotique

2-1. La physiologie de l'état hypnotique

Les difficultés d'interprétation des données issues de la clinique et de la psychologie expérimentale ont très tôt conduit les physiologistes à tenter de mettre en évidence les modifications de l'activité cérébrale par les suggestions hypnotiques. [3]

Sur le plan neurologique central, l'électroencéphalogramme (EEG) d'un sujet hypnotisé n'est pas différent d'un sujet non hypnotisé. Les tracés sont en général composés de

rythmes lents, alpha, rencontrés chez les sujets dans un état de veille calme et d'une augmentation de rythmes très lents thêta et delta, observés lors d'une attention soutenue, d'une concentration intense, ou de la méditation [3]. Il a longtemps été soutenu que l'état hypnotique correspondait à une désactivation du cerveau gauche (siège de l'activité logico-analytique rationnelle) et à une activation du droit (activité analogique, sensorielle, plus imagée, sensible aux formes et aux mélodies).

Grâce à une technique affinée de l'EEG, appelé « l'EEG quantifié », de nouveaux résultats semblent montrer qu'il y aurait une augmentation de l'activité du cerveau gauche jusqu'à saturation, ce qui le ferait « décrocher » et laisser expérimenter plutôt qu'analyser, pendant que le cerveau droit prendrait la relève avec une activité inversement proportionnelle au gauche.

La tomographie par émission de positrons (TEP) et l'imagerie fonctionnelle par résonance magnétique (IRMf) ont été utilisées dans les expériences de Pierre Rainville et le groupe de Catherine Bushnell de l'Université de Montréal pour analyser les modifications de l'activité cérébrale au cours de l'induction hypnotique [39]. En phase d'induction, il y aurait une activation préférentielle de certaines zones du cortex cérébral, notamment des régions occipitale, frontale, et cingulaire. Cela pourrait signifier que l'état hypnotique est lié à des modifications spécifiques et topographiquement organisées de l'activité cérébrale. Il semblerait donc intéressant, d'après ces résultats, d'étudier l'influence du type de suggestions utilisées au cours de l'induction car vraisemblablement, les modifications de l'activité cérébrale sont dépendantes de leur contenu sémantique.

Il découle plusieurs conclusions des diverses expériences qui ont été menées. Il semble que les théories des modèles passées suggérant la désactivation du cerveau gauche et l'activation du droit soient réductrices pour expliquer le phénomène hypnotique. Il s'avère en outre que l'augmentation de l'activité frontale suggère une participation active de ces fonctions à l'établissement et au maintien de l'état hypnotique. Enfin, les « changements dans l'activité occipitale pourrait refléter des mécanismes de désinhibition associés à la relaxation mentale et se traduire par une facilitation des processus d'imagerie mentale et de l'influence descendante des fonctions exécutives sur les processus perceptifs » [3], [31].

Ainsi, certaines modifications de l'activité cérébrale, pourraient sous-tendre des aspects spécifiques de l'expérience hypnotique.

2-2. Manifestations de la transe hypnotique

La transe est une focalisation interne de la conscience. Elle peut être induite par une dissociation de l'extérieur avec un recentrage de l'activité psychique sur l'intérieur, ou inversement, par une absorption à l'intérieur de soi provoquant une dissociation secondaire. Toujours est-il, que dans cette absorption interne, le sujet s'intéresse plus à vivre son expérience qu'à l'analyser. La notion de profondeur de transe est définie [26] par ce degré de focalisation interne, qui peut aller d'un état de rêve éveillé en hypnose légère au somnambulisme lorsqu'elle est profonde. L'expérience de la transe varie d'une personne à l'autre, et pour un même sujet, d'une séance à l'autre. Il existe différents degrés de profondeur de la transe. De superficielle à profonde, elle peut aussi varier au cours d'une même séance, d'où la nécessité pour le thérapeute d'avoir des repères afin de suivre la transe du sujet.

Les indicateurs corporels de la transe légère à moyenne ne sont pas spécifiques, mais assurent de la réalité d'une transe en cours. Le corps manifeste une relaxation grandissante, accompagnée d'une diminution du tonus musculaire. On peut d'ailleurs observer différents signes dans ce contexte de relaxation générale comme : l'abaissement des épaules, un relâchement des traits du visages, ou encore un ralentissement de la respiration et du rythme cardiaque, une détente de la mâchoire, et parfois l'ouverture de celle-ci (la « bouche bée » est un excellent signe d'état hypnotique), le ralentissement de la déglutition pouvant même aller jusqu'à l'arrêt total de celle-ci... Les yeux peuvent rester ouverts ou fermés, le regard peut être alors fixe ou dans le vague. Lors de l'induction, quelques larmes peuvent couler, celles-ci n'ont pas de signification émotionnelle, contrairement à celles pouvant survenir pendant le travail, et auxquelles il faudra donner un sens en fonction de ce qu'exprime le reste du corps (joie ou peine). De même, l'immobilité parfaite d'un sujet, peut ne pas être liée à une relaxation profonde mais à l'opposé à une contraction musculaire partielle ou totale qui empêche le patient de bouger, c'est ce qu'on appelle la catalepsie. Le thérapeute peut aussi introduire, un « signaling », il s'agit d'un moyen de communication entre le thérapeute et le sujet. Celui-ci peut être basé sur un mouvement établi au préalable du doigt, de la tête, ou sur la parole et met en jeu un système entièrement automatique de réponses inconscientes à des questions posées.

Il est important de garder à l'esprit que tout mouvement automatique survenant pendant la transe, sur ce fond de modifications physiques, est une réponse de l'inconscient à un message délivré par le praticien [26].

2-3. Les effets spécifiques de l'hypnose

Ces modifications physiques non spécifiques de l'hypnose prennent sens lorsqu'elles sont associées au fonctionnement mental typique de la transe. Dans cet état hypnotique, le patient vit une dissociation conscient/inconscient qui se manifeste par une partie inconsciente qui travaille à sa manière, et une partie consciente qui observe le travail sans y participer. C'est pour cela qu'il est difficile pour le sujet de savoir à quelle profondeur il a été, et pour les débutants s'ils ont même vécus une transe, car cette appréciation n'est pas de l'ordre du conscient. Un autre phénomène fréquent des trances est la distorsion du temps, en effet, il arrive que certains sujets soient surpris de la rapidité de leur rendez vous qui leur a parut durer cinq minutes, alors que trois quarts d'heure ont pu s'écouler pendant ce temps ! Dans ce contexte hypnotique, le sujet pourra vivre différentes expériences telles que des régressions ou progressions dans le temps, des hallucinations, des modifications sensorielles (bruits, espace, toucher...) ou des modifications mnésiques (hyper, hypomnésie, voire amnésie). Les modifications du tonus postural, comme la catalepsie et la lévitation, peuvent être utilisées comme un support métaphorique dans la stratégie thérapeutique [26].

Le thérapeute utilise ces différents outils comme support métaphorique du changement dans le cadre de la thérapie. Ces techniques font partie de la boîte à outils de l'hypnothérapeute que nous détaillerons plus loin.

3) Hypnothérapie

3-1. Le déroulement d'une séance

1. La création du rapport thérapeutique

Celle-ci est un préalable indispensable à toute séance d'hypnose. Elle passe par la définition d'un contrat thérapeutique établit entre le praticien et le patient, par un diagnostic d'orientation sensorielle et l'imprégnation du monde du sujet par le thérapeute. C'est le temps de la synchronisation et de l'ajustement du praticien sur le patient.

2. Introduction à la séance

Le thérapeute présente l'environnement, il permet l'interruption de la séance et s'assure du confort du patient en vérifiant que tout se passe bien.

3. Induction par focalisation sensorielle

Toutes sortes de focalisations sont envisageables : visuelle, cénesthésique, auditive, olfactive, souvenirs agréables...

4. Observation des signes de l'hypnose

Relaxation, ralentissement du rythme respiratoire... (Se référer au chapitre précédent : « Manifestations de la transe hypnotique. »).

5. Construction de la rétroaction

Le praticien introduit un mode de rétroaction par hochements de tête, un « signaling », la parole, ou toute autre forme de communication.

6. Construction de la dissociation

On dissocie en partie consciente / inconsciente, main gauche / main droite, vous / partie cachée, partie confortable / partie douloureuse...

7. Maintien de la dissociation

Il s'agit du temps thérapeutique pendant lequel le thérapeute utilise différents outils tels que les métaphores, les histoires, régression en âge...

8. Réassociation

Le thérapeute supprime les dissociations et suggère l'inverse.

9. « Réveil »

Le sujet revient à un état vigile.

10. Vérifications

Le thérapeute vérifie que la transe s'est bien passée pour le sujet.

3-2. L'alliance thérapeutique

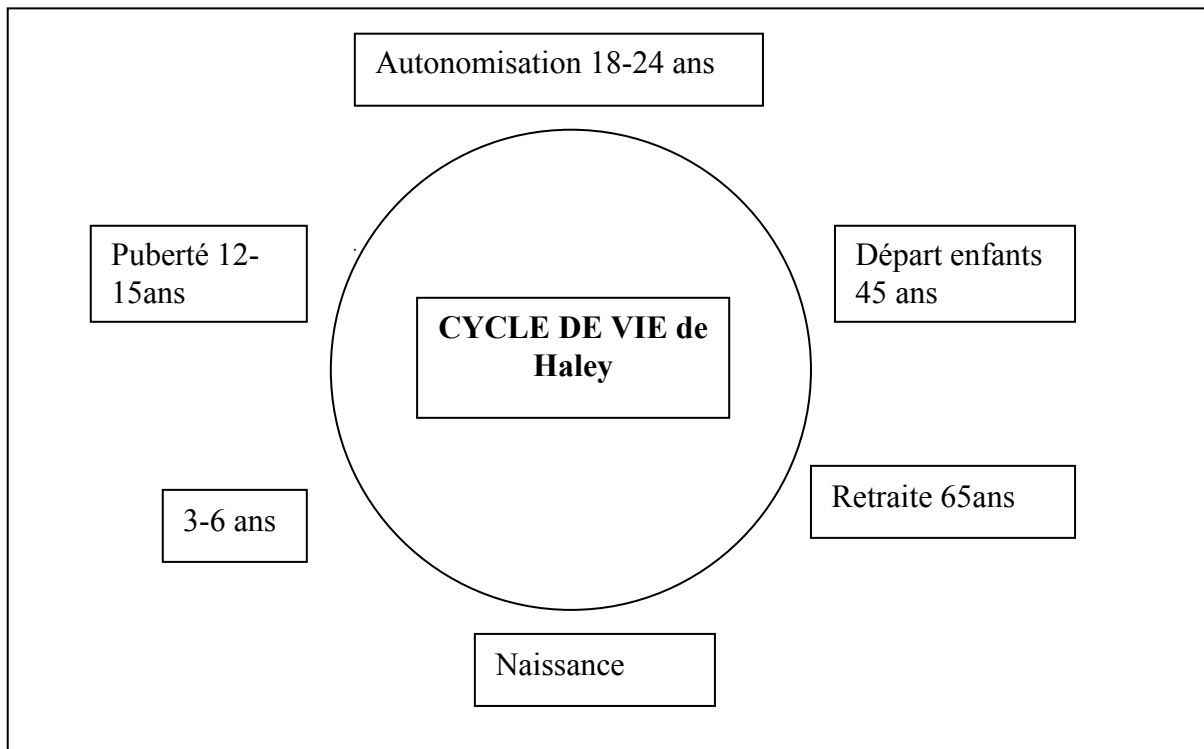
3-2-1. Rejoindre le sujet dans son univers, dans sa réalité

Comme pour tout traitement, le thérapeute a besoin de la confiance du patient pour que ce dernier s'engage dans la thérapie. Etant donné que chaque patient est unique, c'est au praticien de se mettre en phase avec celui-ci pour établir un bon rapport. Il cherchera donc dans un premier temps à « rejoindre » le sujet dans sa représentation du monde. Pour cela, il lui faut recueillir un certain nombre de données sur sa réalité subjective. C'est ce qu'on appelle « remplir les quatre boîtes » : la boîte des croyances, celle du contexte de vie, des ressources et des résistances [3].

Le thérapeute doit s'enquérir des **croyances** de son patient. Notamment son scénario de vie, comment celui-ci conçoit-il la Vie ? Visualise-t-il un bourgeon en éclosion ou plutôt un chemin obscur et semé d'embûches ? Quelles valeurs lui sont chères ? Le praticien devra se faire une peinture relativement évocatrice du fonctionnement cognitif de son patient, c'est-à-dire, de ses pensées, jugements, son langage, sa mémoire, sa faculté de synthèse et d'analyse, de ses facultés de concentration et d'attention. De la même manière il se fera une idée du fonctionnement affectif de celui-ci, de son engagement dans les relations, de sa façon de se voir, de ses humeurs, de sa capacité d'imagination, de sa curiosité, ainsi, que son style de comportement sensoriel et corporel. Il s'agit ici de repérer la dominante sensorielle du sujet, chacun de nous percevant son environnement par un sens privilégié, afin d'utiliser ce canal sensoriel pour se mettre en phase avec le patient. Ceci définit l'échelle VAKOG : V : visuel, A : auditif, K : kinesthésique, O : olfactif, G : gustatif. Par exemple, quelqu'un de visuel pourra dire : « je suis dans le brouillard, ce n'est pas très clair pour moi », un auditif dira « on ne s'entend pas en ce moment », un cénesthésique dira pour sa part qu'il ne « se sent pas bien », qu'il « se sent étriqué ou oppressé »... Il sera cohérent de répondre « nous allons tâcher d'éclaircir la situation » à un sujet qui est « dans le brouillard » mais pas à un patient qui dit se « sentir mal », il faut donc être vigilant à cette cohérence des registres sensoriels.

Le thérapeute s'enquerra du **contexte de vie** de son patient, ce qui lui permettra de définir son stade dans le cycle de vie. On évalue ainsi la dimension systémique du problème. Le sujet évolue dans un environnement familial, social, professionnel donné, duquel on ne peut l'extraire et avec lequel il faut conjuguer pour trouver des compromis acceptables. Un

généogramme ainsi qu'un travail autour du schéma corporel pourront être réalisés à ce moment.



Le praticien recherchera les **ressources** du patient, c'est-à-dire les éléments positifs, les forces et les initiatives de changement. En parlant de ce qu'il aime, de ses plaisirs de ses valeurs, le patient s'oriente alors mentalement positivement, et ne parle plus de son problème. Il vaut mieux parler de ce que le patient sait faire, parce que cela l'aide, plutôt que de ce qu'il ne sait pas faire. Pour aider un paraplégique mieux vaut lui parler de la force de ses bras que de la faiblesse de ses jambes. Le thérapeute retient les différents éléments ressources du patient afin d'orienter les prescriptions dans leur sens et de les activer.

Les **résistances** devront être repérées dans le discours du patient. Un travail pourra être fait sur le rôle et la signification du symptôme, à savoir quels en sont les bénéfices secondaires et l'équilibre qui s'est créé autour de celui-ci. Quels sont les messages négatifs intégrés, les jeux psychologiques et mécanismes de défenses qui lui sont associés ? Tous ces éléments sont importants à recueillir durant les premiers entretiens afin de savoir quels leviers utiliser en fonction des aléas thérapeutiques.

En plus des ces quatre boîtes (croyances, contexte de vie, ressources et résistances), le praticien cherchera comment le sujet appréhende l'hypnose : ses préjugés, ses fantasmes, ses craintes, ses espoirs et attentes. [3] Celui-ci en a-t-il déjà fait ou rencontré quelqu'un ayant expérimenté cela ? Il incombe alors au thérapeute de clarifier et d'expliquer clairement la nature et les principes de la technique de l'hypnose, en insistant éventuellement sur certaines idées préconçues, telles que parler sous hypnose, être sous l'emprise du thérapeute, que l'hypnose est un sommeil... Il expliquera ainsi au patient que l'hypnose est un état de veille particulier favorisant l'interaction entre conscient et inconscient. Le sujet, loin d'être passif, est actif et conserve son libre arbitre, il n'est en aucun cas sous l'emprise de qui que ce soit, mais simplement accompagné par le praticien dans son désir de changement.

3-2-2. Contrat thérapeutique

Un recadrage préalable du problème peut être nécessaire. Il s'agit de redéfinir un problème, un comportement, et de réinterpréter, redécouvrir et modifier la signification d'une expérience. On peut déjà, à ce moment, travailler sur les représentations que se fait le sujet sur une réalité pour induire un changement d'attitude envers celle-ci. A partir de là, le sujet et le thérapeute vont définir le ou les objectifs à atteindre et évaluer s'ils paraissent raisonnables et envisageables. Il peut être intéressant d'établir conjointement des moyens d'évaluation de l'amélioration : « à quoi saurez vous que vous aurez atteint vos objectifs ? ». Ce travail permet en outre une projection vers l'avenir, une visualisation d'un futur confortable et de se détacher de l'état actuel. Le praticien devra aussi évaluer l'engagement du patient à travailler en vue de sa guérison car la responsabilité du traitement est partagée, pour cela, il pourra lui proposer d'accomplir des tâches et prescription de changement.

3-3. Induction hypnotique

3-3-1. La synchronisation

La synchronisation est une attitude de mise en phase avec le sujet pour créer un accord inconscient [26]. Le premier accord est comportemental : le thérapeute se modèle discrètement sur l'attitude physique du patient, en prenant soin de ne pas le singer. Il repère la posture, les gestes, les mouvements, les expressions du sujet, tout en se calquant sur la

respiration de celui-ci. En même temps, le praticien recherchera une synchronisation verbale et paraverbale en reprenant éventuellement des tics verbaux, des expressions, le ton de la voix ou le rythme du discours.

3-3-2. La dépotentialisation du conscient

Introduire une transe en annonçant que l'on va faire une « séance d'hypnose » n'est pas toujours la meilleure manière de communiquer avec certains sujets. Lorsqu'on commence la transe au su du patient, on induit la transe en captant son attention, en l'aidant à se focaliser, et en le guidant vers un état d'absorption interne. Nous allons voir que les approches de l'induction sont innombrables, qu'elles varient selon le sujet et d'une séance à l'autre avec un même sujet [26].

Le thérapeute peut utiliser une conversation personnalisée dans laquelle il choisit un thème qui intéresse et captive le sujet, en fonction de ses goûts, ses loisirs, son travail... Le praticien peut aussi créer des métaphores, des anecdotes ou des histoires, car lorsqu'une histoire rencontre les besoins de la personne, cette dernière s'absorbe à l'intérieur d'elle-même et entre en état hypnotique. A l'inverse, il pourra raconter quelque chose de long et ennuyeux qui poussera le patient à s'évader dans ses pensées et entrer en état modifié de conscience.

Une autre manière d'induire la transe est de surprendre ou de choquer le patient, ce qui induit une détente réactionnelle lorsque la surprise, le « danger » est passé. Le « choc-surprise » est un exemple de suggestion indirecte, car ce qu'on attend sans le dire est précisément cette détente réactionnelle.

Parmi les approches les plus aisées, le praticien peut se servir de suggestions composées. C'est-à-dire que l'on associe aux suggestions d'entrée en état hypnotique des truismes, ce sont des « évidences » qui vont en se resserrant sur le patient, ainsi, les plus petites évidences deviennent cause de l'entrée en hypnose. Par exemple « vous pouvez entendre les bruits du couloir et ces bruits vont vous permettre d'entrer en état hypnotique ». Ces causalités introduites par le thérapeute ne reposent sur rien, sinon que l'inconscient les entend.

La confusion est une autre de ces techniques. Elle est très importante et fonctionne en cinq étapes :

- ✓ Saturation des fonctions logiques et critiques
- ✓ Obscurcissement du sens de la réalité extérieure
- ✓ Déstructuration du cadre de références habituel
- ✓ Recherche de sens pour se restructurer
- ✓ Augmentation de la réceptivité aux suggestions qui viennent donner un sens.

Face à un sujet aux aguets, le thérapeute peut demander : « Est-ce que vous ne pensez pas que vous n'êtes pas en état hypnotique ou non ? ». Le sujet est rapidement confus, surtout si on répète encore d'autres questions comportant des triples négations.

Avec un patient réticent aux soins ou à l'aide qu'on lui propose, on utilisera des suggestions indirectes pour éviter le conflit et prendre cette résistance comme un levier de changement. Tous les registres du langage hypnotique pourront être utilisés : choix illusoire, catalepsie... Car il n'y a pas de standardisation de l'approche, étant donné que chaque patient est unique.

3-3-3. Dissociation et consolidation de l'état hypnotique

La dissociation est une des caractéristiques les plus significatives de l'état hypnotique. En effet, la focalisation sensorielle du patient l'amène à se détacher progressivement de son environnement en se centrant sur lui-même. Ainsi, il y a dissociation du corps (« ici et maintenant » dans un environnement donné) et de l'esprit (« ailleurs », centré à l'intérieur de lui-même). Une séparation est alors créée dans l'expérience subjective du patient, entre conscient et inconscient, entre les affects et les événements de vie, le corps et la douleur...

Lorsque le patient manifeste les signes physiques et psychiques de l'état hypnotique, le thérapeute augmente la dissociation conscient/inconscient et approfondit la transe à l'aide de moyens similaires à ceux de l'induction. L'état hypnotique étant bien consolidé, vient le moment de l'utiliser en suscitant des phénomènes hypnotiques et en les associant à des suggestions thérapeutiques [3].

3-4. Le travail et mise en place d'une recherche inconsciente

Erickson n'a jamais voulu être théoricien, son approche était basée sur une pragmatique radicale qui reposait sur l'expérience et le vécu de chacun. Ce sont ses élèves, Rossi en particulier, qui ont permis de systématiser son travail et d'établir une « boîte à outils » des différentes techniques.

3-4-1. Le langage du changement

Ce langage a pour objectif d'introduire des messages dans le discours qui vont dépasser la barrière du conscient et s'adresser à l'inconscient. Le thérapeute suggère le changement sans indiquer comment, ni quoi changer, en énonçant des généralités vagues qui prendront sens pour le patient, en fonction de son vécu. Cette forme de communication, basée sur un véritable « tricot » de suggestions directes et indirectes, n'est pas intrusive car le patient entend ce qui est pertinent pour lui à ce moment de vie, et dans son expérience de la transe. Le langage hypnotique insiste en permanence sur le confort de l'état au cours de la transe et félicite le patient [26].

Selon Erickson, toute communication entre deux individus se joue sur plusieurs niveaux. On parle d'un langage dit « multi-niveaux » qui joue sur les différents registres d'abstraction de la communication, utilisant au maximum les multiples facettes sémantiques des mots et de leurs contextes syntaxiques. En outre toute communication est à la fois verbale et non verbale, ainsi le praticien peut jouer avec cela exprimant une chose corporellement et l'inverse dans ces paroles pour créer une confusion [3].

3-4-2. Les truismes

Ce sont des évidences objectives, des vérités que personne ne peut contester, comme par exemple : « c'est agréable de se sentir bien ». L'intérêt des truismes est de les associer et d'en énumérer une série. Le patient ne peut qu'approuver les paroles du thérapeute, et se trouve alors dans une sorte d'acceptation de ces évidences et aura tendance naturellement à accepter les propositions suivantes. Cette technique tire sa force du fait qu'un premier « oui » facilite le second, et qu'il est plus agréable pour le patient de dire oui que non.

Les truismes permettent de diminuer les résistances et d'induire un état hypnotique. Le plus souvent après la quatrième ou cinquième question, la voix du patient change, elle devient plus lente car il commence sa transe. On appelle cette suite de oui, le « yes set » [3].

3-4-3. Implications et présuppositions

Pour Erickson, dans toute « implication, il y a une direction donnée par le thérapeute et une réponse créée par le patient » [3]. Le message émis implique que le sujet va se conduire d'une certaine manière. Par exemple quand le thérapeute dit : « N'entrez surtout pas en transe avant d'être confortablement assis » implique que le patient va entrer en transe.

La présupposition est une 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 entrer progressivement » présuppose que dans tous les cas, le sujet entrera en transe. Nous sommes ici dans l'alternative illusoire, car toutes les options proposées au patient convergent dans la même direction [26].

3-4-4. Double lien

Il s'agit en réalité d'une technique d'implication dans laquelle le simple fait de répondre entraîne l'acceptation de l'objectif : « Laquelle de vos deux mains va se soulever en premier ? ». Le double lien thérapeutique est une technique très sophistiquée, dont la communication se déroule sur plusieurs niveaux. En effet, l'intonation avec laquelle est dite le message peut venir l'infirmier, on peut y introduire de la confusion ou des propos illogiques. Ainsi, le patient explore ses potentiels latents et observe la réponse choisie par l'inconscient, car le conscient est bloqué. Un exemple d'Erickson face à un enfant qui refuse de se préparer pour la nuit : « Veux-tu prendre ton bain avant d'aller au lit, ou préfères-tu mettre ton pyjama dans la salle de bain ». Bloquée, la réflexion consciente laisse la place à une réponse plus involontaire [26].

3-4-5. Suggestions

Dans le sens usuel du mot, une suggestion consiste à proposer quelque chose à quelqu'un. Les suggestions peuvent être directes, indirectes, ouvertes, semi-ouvertes... Le contenu est le même, mais la manière de le formuler est différente [3].

Suggestions directes

Ce sont les plus simples des suggestions. Elles indiquent ouvertement l'intention du thérapeute, comme par exemple : « Fermez les yeux ». Autoritaires, elles ne laissent pas le choix au patient. Cette approche plus traditionnelle ne permet pas au praticien de dépasser les résistances, et peut même en provoquer.

En hypnose éricksonienne, ces suggestions directes sont surtout utilisées sous forme permissive : « Vous pouvez maintenant fermer les yeux ». Comme disait Erickson : « Soyez aussi directif que possible, et aussi indirect que possible ».

Suggestions indirectes

Les suggestions indirectes sont bâties de manière à amener le patient à faire ce que lui demande le thérapeute tout en lui permettant de résister. Elles sont multipliables et intriquables à l'infini, ce qui laisse place à l'individualité de chacun [26]. Ces suggestions hypnotiques conseillent le changement sans pour autant dire au patient quoi faire. Elles lui permettent d'explorer le système de réponse du patient, à un niveau autonome et inconscient. Voici un exemple de suggestion indirecte mobilisatrice de ressources : « Vous savez que vous pouvez apprendre de différentes façons...vous avez appris à marcher...vous avez appris à parler...vous avez appris à écrire...vous avez appris tant d'autres choses encore...vous pouvez choisir la façon d'apprendre qui vous convient le mieux... ». Il est très intéressant d'utiliser l'apprentissage de l'oubli, notamment en rapport avec les apprentissages précoces durant l'enfance : « vous avez appris à vous concentrez sur certaines choses...et à en oublier d'autres ».

Suggestions composées

Il s'agit de suggestions associées à un truisme qui vient faciliter l'acceptation de la suggestion. Par exemple : « Votre main se sent plus légère (suggestion), et je continue à vous parler (truismes).

Suggestions ouvertes

Elles admettent tout des réponses du sujet comme valides hypnotiquement : tout est bon. Ces suggestions laissent le choix au patient qui n'encourt donc aucun risque d'échec, en rendant la résistance impossible et en lui permettant l'exploration de ses capacités. Plusieurs types de suggestions peuvent être utilisées, notamment les suggestions ouvertes permissives, telle que « plusieurs positions amènent du confort...laquelle sera la plus agréable pour vous ?... ». Mobilisatrices, elles peuvent se présenter comme tel : « Vous pouvez solliciter la partie sage de vous-même... ou tout autre partie qui sait quelque chose d'utile pour vous aujourd'hui ». Elles peuvent aussi être activatrices de solutions, comme les implications : « Etant donné que vous avez fermé les yeux, vous comprenez... ».

Suggestions semi-ouvertes

« Semi-ouvertes » signifie qu'elles autorisent seulement une partie des réponses du sujet, elles canalisent une certaine gamme d'expérience [26]. Le plus souvent elles couvrent toutes les possibilités qui sont énumérées par le thérapeute : « Vous pouvez ressentir des picotements...ou un engourdissement...ou bien je ne sais pas...une sensation de chaleur...» [4].

Suggestions contingentes

Le thérapeute se sert du comportement en cours qui inévitablement tend à son achèvement pour y lier une suggestion. Un exemple rapporte qu'Erickson dit à un patient qui se dirige vers une chaise avant de faire une séance d'hypnose : « N'entrez pas en transe avant d'être bien assis dans cette chaise-là ». Le patient est en train de s'asseoir, Erickson lie alors à ce comportement l'entrée en transe qui n'a pas commencée, mais qui de fait commence.

Ainsi, l'entrée en transe devient une évidence secondaire qui fait partie de l'action de s'asseoir.

Suggestions négatives

Utilisées dans les expressions telles « N'entrez pas en transe avant de... », « Le changement ne commencera pas avant que... », ces suggestions se servent des résistances pour les détourner sur un point accessoire. Pour le patient débutant, l'évidence est qu'il n'est pas en transe et que le changement n'a pas commencé [26]. Elles permettent aussi d'encourager le patient à répondre aux suggestions données, puisqu'en ne faisant rien, il réalise la demande. Ces suggestions sont donc rassurantes pour lui, car il ne peut pas échouer dans ses tentatives de ne rien faire.

Suggestions paradoxales

Elles résident dans le fait que le thérapeute peut demander quelque chose sans le demander, demander son contraire en même temps, ou exprimer un message verbalement et l'inverse gestuellement, ou tout simplement un message dont le contenu est lui-même paradoxal. Par exemple, on pourra dire « Je vous demande d'augmenter votre mal de tête », quand le patient vient pour la soulager, ou « il n'est pas nécessaire que vous vous détendiez davantage pour l'instant »...

Suggestions multiples en série

Erickson offrait en début de thérapie un « bouquet » de suggestions très large et observait les réponses de son patient. Puis, il lui proposait un deuxième bouquet plus précis, observait de nouveau et y répondait par des propositions de plus en plus pointues. Les suggestions et la thérapie gagnent précision au fur et à mesure que le patient fait des choix, en ce sens, le patient indique au praticien les pistes à suivre pour sa guérison.

3-4-6. Le saupoudrage

Le saupoudrage est une suggestion indirecte amusante. En effet, le thérapeute saupoudre dans son discours l'idée qu'il veut communiquer au patient sans que le conscient ne s'en aperçoive, en l'insérant discrètement et répétitivement. Pour cela, il pourra faire une courte pause avant et après le message à véhiculer en le prononçant plus doucement ou l'accompagner d'un geste particulier à chaque évocation de celui-ci. Ainsi l'inconscient reconnaît le message et entend l'idée.

3-4-7. Le questionnement

C'est une autre façon de suggérer une pensée ou un comportement. Parfois formulé de sorte que l'on n'attende pas de réponse, il est alors surtout fait pour guider l'attention du sujet sur une expérience, un vécu, un souvenir. De plus, poser une question à quelqu'un l'oblige à une recherche puisqu'il doit trouver une réponse. Si on demande : « Laquelle de vos deux mains est la plus légère ? », on focalise l'attention du sujet sur ses mains et suggère que l'une est plus légère. Si le patient répond la droite ou la gauche, c'est que l'inconscient a commencé à développer cette sensation en dépotentialisant le conscient qui doit attendre de connaître la réponse.

3-4-8. Anecdotes, histoires et métaphores

Étymologiquement, la métaphore est une transposition d'un message dans un discours imagé et créatif. Le langage métaphorique est intéressant car il permet de parler d'un autre problème que celui du patient, tout en ayant un rapport très lointain avec celui-ci qui ne sera pas détecté consciemment, mais d'emblée perçu par l'inconscient [3]. La métaphore thérapeutique permet de proposer des alternatives, des découvertes, des apprentissages, voire des solutions au patient en semant des idées au gré d'une histoire. Elle diminue les résistances car cette approche analogique permet de dire les choses sans les dire, et s'avère ainsi bien plus subtile qu'une approche directe. Elle propose sans imposer, elle permet au patient de faire des choix.

La création d'une métaphore repose sur quelques règles simples. Elle doit tout d'abord être « isomorphique » à la situation du patient. C'est-à-dire qu'il doit y avoir une « correspondance » plus ou moins directe entre, tout d'abord, le problème du patient et celui

raconter dans la métaphore, puis entre le déroulement de l'histoire et le vécu du patient, et enfin dans la solution proposée dans l'histoire par rapport au devenir du patient vis-à-vis de son problème. La métaphore doit ensuite trouver un objectif ou aider le sujet à trouver le sien, ainsi que l'aider à chercher ses propres ressources. Elle doit ainsi apporter une stratégie de solution.

La construction d'une métaphore se déroule en plusieurs étapes :

- ✓ Désorientation : on sort du cadre dans le temps et l'espace (« Il était une fois... », « Ça me rappelle... »)
- ✓ Création d'un contexte, d'une structure d'arrière plan : à la mer, au bord d'une rivière, en forêt, ou en montagne...
- ✓ Introduction d'un personnage : animal, enfant, princesse ou autre représentant le sujet.
- ✓ Mise en difficulté du protagoniste, évocation du problème : quelque chose d'abîmé ou oublié, un défi à relever...
- ✓ Présentation des ressources ou utilisation d'une rencontre : un vieux sage, une pierre ou un rayon de soleil magique, un animal...
- ✓ Raconter le conflit : une lutte entre lumière et obscurité, un obstacle à surmonter...
- ✓ Résolution du problème : trouver une solution grâce aux paroles d'un vieux sage, ou au problème d'un autre personnage, découverte d'une ressource...
- ✓ Appréciation personnelle : louanges, croissance...

Les histoires et anecdotes ont plusieurs utilités pratiques. Elles peuvent tout d'abord servir au diagnostic. Le thérapeute raconte une histoire dans laquelle s'intriquent plusieurs problématiques et observe auxquelles le patient réagit non verbalement.

Nous l'avons vu précédemment, elles sont aussi utiles dans le cadre de l'induction car lorsqu'elles rencontrent les besoins de la personne, celle-ci est absorbée à l'intérieur d'elle-même et entre en état hypnotique.

Les histoires ont aussi l'avantage de mettre le patient à l'aise car elles ne sont pas formelles. Elles servent ainsi beaucoup dans le travail sur les résistances et bien souvent, marquent plus la mémoire qu'un grand discours rationnel.

Elles sont aussi utiles pour augmenter la motivation de certains patients, notamment les anecdotes relatant des thérapies réussies, ou encore mieux des échecs qui s'avèrent être plus tard des succès.

Le thérapeute peut aussi les utiliser pour préparer tous les phénomènes hypnotiques tels que le froid pour l'anesthésie ou un voyage en montgolfière pour la lévitation...

3-4-9. Modifications temporelles

Distorsion du temps

Le temps est une notion vécue subjectivement par chacun d'entre nous. En témoigne la différence dans le vécu d'une heure de loisir qui passe souvent relativement rapidement, et d'une heure dans une salle d'attente austère. En transe hypnotique, on peut utiliser cette capacité de modification subjective du temps. La distorsion du temps consiste donc en une impression d'accélération ou de ralentissement de celui-ci.

Ainsi, cette technique, apprise au patient, sera très intéressante pour les douleurs chroniques et aiguës réitératives. En effet, le but sera de diminuer la durée des crises douloureuses et d'augmenter celle des périodes de confort. Elle est aussi utilisée pour les sujets stressés qui ont un vécu sous tension permanente avec le temps. Le travail consistera à jouer sur leur rapport au temps, apprendre à le dilater ou le resserrer [43].

Progression dans le temps

La progression consiste à projeter le patient dans un avenir, celui de son choix, débarrassé de son problème ou de ses symptômes. Le patient peut ainsi expérimenter en transe un futur plus agréable dans lequel il est absorbé comme s'il s'agissait du présent. Au-delà de permettre au patient d'envisager l'avenir avec plus de désir et d'espoir, cette technique a pour intérêt de rendre la guérison plus accessible et réalisable aux yeux du patient.

Le thérapeute peut choisir, selon le patient, de faire expérimenter l'anticipation sous forme de transe formelle ou de questionnement. De simples questions comme : « A quoi saurez-vous que la thérapie sera finie ? » ou « Quand vous viendrez me voir pour la dernière fois... » associent la progression dans le temps et une présupposition de la guérison, de la réussite.

La progression dans le temps est très utile en thérapie et même incontournable pour certains patients comme les dépressifs. Elle présente plusieurs intérêts car en plus d'anticiper un avenir meilleur, elle participe à la définition des objectifs de la thérapie et à vérifier la

validité écologique de ceux-ci. Elle intervient aussi dans la recherche de ressources, par le biais de la création de faux souvenirs ressources.

Régression dans le temps

Il s'agit de bien distinguer ici la régression en âge dans laquelle le patient « vit » l'âge suggéré, de la régression dans le temps, dans laquelle il se « voit » à l'âge suggéré. La régression dans le temps a l'avantage de protéger le patient d'abréactions éventuelles, en dissociant les affects et le vécu traumatique, ce qui lui est beaucoup plus confortable.

Le travail sur le passé nécessite beaucoup de prudence et ne peut être abordé avant qu'il n'y ait eu des changements déjà commencés dans le présent. Tout l'intérêt du passé réside dans le fait qu'il représente un lieu de ressources qu'il s'agit d'activer pour s'en servir dans le présent. Pour cela, le thérapeute peut utiliser différents supports métaphoriques, comme de prendre un train qui voyage dans le temps, de descendre des escaliers qui retournent dans le passé... L'hypnose est aussi une indication de choix pour travailler sur un vécu traumatique. Là encore, la prudence est de mise, le thérapeute doit mettre en place un cadre le plus sécurisant possible, car en cas de décharge émotionnelle trop forte, il risque une rupture de l'alliance thérapeutique. Ainsi, en travaillant au préalable sur la « place sûre », puis en utilisant des images permettant au patient de rentrer au minimum en contact avec le traumatisme (comme par exemple, l'utilisation d'un écran de télévision dont le patient détient la télécommande afin de pouvoir « changer de chaîne » à son gré), puis progressivement de changer un élément, une émotion de celui-ci, afin de dissocier les affects et le traumatisme.

La régression pose la question de l'utilité d'aller chercher certains souvenirs traumatiques et de la réalité des souvenirs. Pour Erickson, l'oubli fait partie de la santé mentale, plus on oublie les choses négatives, plus c'est positif. L'amnésie est naturelle car la vie nous aide à nous souvenir des choses positives. Quel est alors l'intérêt d'aller chercher un souvenir traumatique oublié ? En effet, l'accès à la mémoire suppose une reconstruction du passé, on le revisite avec la déformation du temps et les affects présents. La création de faux souvenirs est un phénomène naturel de la vie quotidienne, nous en avons tous. Ainsi, une régression dans le temps en hypnose n'est jamais le passé pur. Aller chercher un souvenir traumatique oublié peut revenir à créer de faux souvenirs, donc de faux problèmes. Ces souvenirs prennent corps pour le patient, ils deviennent sa réalité à partir du moment où ils

donnent du sens et qu'ils sont cohérents pour lui. Il se pose alors la question suivante : « peut-on de la même manière créer de la ressource ? ». Erickson utilisait cette technique pour introduire des personnages ressources dans des souvenirs pour créer de la protection et de la sécurité. Il s'agit d'un débat intéressant : quelle éthique pour le bien être du patient ?

3-4-10. Modifications mnésiques

L'amnésie, comme mentionnée dans le chapitre précédent sur les effets spécifiques de l'hypnose, est considérée dans cette approche comme faisant partie de la santé mentale. Elle aide le patient à se souvenir des éléments positifs plus que des négatifs. L'amnésie est fréquente dans la vie quotidienne, elle pourrait correspondre à la « mémoire sélective » utilisée dans le langage courant.

Lorsque le sujet sort de transe, il peut arriver qu'il ait une amnésie partielle, très rarement totale, qui n'a dans tous les cas rien à voir avec la croyance sociale de ne se souvenir de rien et de parler sous hypnose. Cette faculté d'amnésie peut être utilisée par l'opérateur dans le but d'empêcher le conscient (avec tout son bagage de croyances limitantes) de freiner le travail inconscient du sujet en l'analysant et le critiquant. Le thérapeute peut la suggérer de plusieurs manières différentes, mais le plus souvent par des techniques indirectes : suggestions, métaphores, prescriptions post hypnotiques... [3].

Par ailleurs, l'hypermnésie est le fait de retrouver des souvenirs lointains à l'état de veille.

3-4-11. Modifications sensorielles et corporelles

« Les sensations sont accompagnées de plaisir et de douleur ; et l'homme a de même la faculté de transformer ces impressions momentanées en sentiments durables... » ; Marie Jean Antoine Nicolas de Caritat, Marquis de Condorcet

Modifications et hallucinations sensorielles

Les modifications de perception sensorielle peuvent être spontanées ou induites, elles reposent sur une nouvelle interprétation du message sensoriel par focalisation sur une sensation ou par substitution d'un ressenti par un autre. L'hallucination est le fait soit de

ressentir des sensations non réelles (elle est alors dite positive), soit de ne pas ressentir la présence d'un stimulus (elle est alors dite négative) [3].

Ces techniques sont très utilisées auprès des patients douloureux dans le but de modifier leur perception de la douleur, de la substituer par une autre sensation plus confortable ou même de la déplacer dans le corps ou ailleurs encore... La création d'une analgésie trouve une application en odontologie, chez les grands brûlés, en soins palliatifs... L'intérêt est aussi de lier le travail intérieur au corps. Pour Rossi, un des derniers élèves d'Erickson, la cause de beaucoup de pathologies est la dissociation du corps d'avec les émotions. Cette rupture viendrait du non respect du cycle ultradien (90 minutes d'éveil, de concentration, 20 minutes de recentrage sur soi pendant lesquelles on « décroche »), ce qui engendrerait des pensées automatiques négatives. C'est pourquoi Rossi utilise des techniques avec une prise de contact avec les sensations propres du sujet pour rétablir cette harmonie du corps et de l'esprit.

Catalepsie et lévitation

Ces techniques permettent d'induire ou de stabiliser une transe. Elles représentent essentiellement un support métaphorique de légèreté pour le travail intérieur, notamment pour l'arrêt du tabac, la perte de poids, et autres. Erickson définit ce phénomène comme « une forme de tonicité bien équilibrée du muscle » [3]. Un membre en catalepsie conserve la position que lui donne l'opérateur. En ce qui concerne la lévitation, la montée du bras se produit sans l'intervention physique du thérapeute, il la suscite en suggérant la légèreté et le mouvement ascendant.

CHAPITRE II : L'ANXIETE

La dentisterie inspire toujours un sentiment de crainte, de peur, voire d'angoisse dans l'inconscient collectif. Cette anxiété sera plus ou moins exacerbée et paralysante selon les patients, et peut parfois même aller jusqu'à l'évitement des soins. Un cercle vicieux s'installe pour les patients très anxieux : peur, évitement des soins, négligence et détérioration bucco-dentaire, culpabilité, augmentation de l'anxiété et enfin, évitement total des soins. Les causes des comportements d'évitement sont multiples, mais la peur et l'anxiété sont les facteurs étiologiques les plus importants. C'est pourquoi en tant que soignant, il semble important de la dépister et l'évaluer afin de la prendre en charge.

Les termes peur, anxiété et phobie sont souvent employés indifféremment dans la littérature et le langage commun pour désigner le même concept général. On observe une nouvelle sémantique propre à la notion de stress. C'est pourquoi, il peut être intéressant de redéfinir ces différents termes, avant d'aborder plus spécifiquement les différents mécanismes en jeu dans la physiologie de l'émotion.

I - DEFINITIONS

1) La Peur

Du latin, *pavor*, elle est définie comme un « sentiment de forte inquiétude, d'alarme, en présence ou à la pensée d'un danger, d'une menace. » [21]. La peur est une réponse émotionnelle normale à la perception d'une menace ou d'un danger qui peut être un traitement douloureux dans le cas présent. L'individu déclenche une réponse adaptative de peur afin de faire face à cette situation anxiogène. Elle comprend des réactions cognitives et physiologiques comme l'hyperventilation, les sueurs... la peur est une réponse instinctive qui a pour but de protéger l'individu dans les situations potentiellement dangereuses.

2) L'anxiété

La peur est un composant central de l'anxiété, à la différence que dans l'anxiété, les capacités d'adaptation de l'individu sont dépassées et donc la réponse excessive et inadéquate. L'aspect cognitif de la réaction est dominé par des associations négatives et catastrophiques avec anticipation des événements douloureux et une peur panique d'impuissance totale dans le manque de contrôle. Il n'existe pas de frontière nette cliniquement entre la peur et l'anxiété mais on considère que la réponse de la peur est plus adaptée d'un point de vue fonctionnel.

L'anxiété, du latin *anxietas*, correspond à un sentiment psychique, une manifestation émotionnelle humaine. Elle se définit comme le « sentiment d'un danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi et d'anéantissement devant ce danger. Dans les formes sévères, les réactions neurovégétatives de l'angoisse s'y ajoutent. L'inquiétude, l'anxiété et l'angoisse sont trois degrés d'un même état [...] » [13]. Actuellement, l'anxiété fait partie de la terminologie nosographique psychiatrique et médicale. Dans le cas de l'anxiété non clinique, nous excluons donc les troubles anxieux répertoriés dans le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), il faut distinguer « l'anxiété-état » de « l'anxiété-trait ». « L'anxiété-trait » est un véritable trait de personnalité, une caractéristique constante, contrairement à « l'anxiété-état » qui est passager. Dans les deux cas, « trait » ou « état », l'anxiété comporte une composante émotionnelle à tonalité négative et est essentiellement anticipatoire.

3) L'angoisse

Etymologiquement, anxiété et angoisse ont une origine commune issue du sanskrit *amhas* : l'étroitesse. L'angoisse vient du grec *ankhō* (j'étrangle) et désigne les manifestations physiques, le cortège symptomatique qui correspondent à un sentiment psychique. Ces manifestations somatiques sont caractérisées par une « sensation de resserrement à la région épigastrique avec striction respiratoire et cardiaque, [un] malaise général, [une] constriction céphalique, [l'] accélération de la respiration et du pouls » [13]. Ces réactions neurovégétatives peuvent aussi accompagner les formes sévères d'anxiété.

4) La phobie

Du grec *phobos* : effroi, la phobie est le « nom donné à des appréhensions irraisonnées, obsédantes et angoissantes, survenant dans des circonstances déterminées, toujours les mêmes pour chaque malade. Employé comme suffixe, ce mot désigne la peur morbide de l'objet ou de l'acte désigné par la première partie du mot composé. » [13]. Elles sont caractérisées par un conflit approche-évitement des soins car le sujet est conscient qu'objectivement sa peur est excessive. Elle est principalement liée à l'anticipation de la douleur et conditionnera les habitudes du patient. Les critères diagnostiques spécifiques de l'odontophobie sont définis dans le DSM-IV et l'ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

5) Concept de stress

La consultation dentaire représente encore une situation « stressante » pour la plupart des individus. Il semble donc intéressant de définir le concept de « stress ». Ce phénomène envahit tout de même notre quotidien au point d'avoir reçu le statut de « maladie du siècle ».

Le Larousse 1995 [21], le définit comme un « ensemble de perturbations biologiques et psychiques provoquées par une agression quelconque sur un organisme. ». Dans le langage commun, le stress est décrit comme un mal-être psychologique du quotidien, dont la sémantique se rapproche étroitement de celle de l'anxiété. A ce sentiment chronique de mal-être s'associent des troubles physiques (fatigue, ulcères...) dont les causes sont attribuées à l'incapacité de l'individu à surmonter une surcharge d'évènements.

La distinction entre stress et anxiété pose quelques difficultés. En effet, l'anxiété est une manifestation émotionnelle très fréquemment associée au stress. Lors des recherches expérimentales sur l'anxiété, on retrouve manifestement les mêmes réactions somatiques que celles classiquement décrites dans le stress. Les composantes psychologiques du stress et de l'anxiété posent également des problèmes quant à leur différenciation, les deux étant très comparables. La distinction admise, même s'il est difficile de se fonder uniquement sur ce critère, est l'existence d'une cause objective dans le stress, ce qui n'est pas le cas dans l'anxiété [22], [23].

On oppose communément le « bon stress » et le « mauvais stress ». Un évènement est vécu comme un stress négatif lorsque les capacités d'adaptation de l'individu sont dépassées par l'évènement. Le « bon stress » est un stress-moteur qui stimule le sujet et lui permet d'augmenter son efficacité. Dans le monde scientifique, certains reprendront cette idée et parleront d'eustress (« bon stress ») et de distress (« mauvais stress »). Cependant, pour Eric Albert, « il n'y a pas de bon ou de mauvais stress. Il n'y a que des individus qui gèrent plus ou moins bien une situation donnée » [24]. De même, Bensabat dit que « la vie elle-même est un stress, car nous devons sans cesse nous adapter à un environnement en changement permanent » [17]. Darwin n'avait-il pas déjà entrevu le rôle adaptatif de certains fonctionnements psychologiques en s'attachant à démontrer le caractère adaptatif des émotions ? Hans Selye, le « père » du stress, créa le concept d'adaptation qui s'est révélé central dans l'évolution de la notion de stress. Il a modélisé les symptômes du stress en trois phases (alarme, résistance et épuisement) : il les nomme le Syndrome Général d'Adaptation.

Une définition scientifique du stress pose beaucoup de difficultés. Est-ce une maladie ? Est-ce un phénomène propre à notre siècle ? Est-il réduit à la transaction stimulus-réponse ? Stress aiguë, chronique, bon-stress, mauvais-stress... La définition que nous retiendrons ici est celle de Graziani et Coll. [17] ; ils définissent le stress comme l'« ensemble des réactions physiologiques, motrices, comportementales, émotionnelles et cognitives produites par un individu face à une situation qui dépasse momentanément ou définitivement sa capacité à gérer le changement d'un pattern de non-stimulation ou de stimulations d'intensité et de fréquence variables. Ce changement peut prendre deux formes, chronique et aiguë. On distinguera le « bon stress » lorsque ces réactions permettent une accommodation temporaire, une adaptation correcte dans un délai raisonnable et le « stress pathologique » caractérisé par des désordres physiologiques et psychologiques immédiats ou retardés marquant un trouble prolongé de l'adaptation. »

La consultation dentaire est fréquemment assimilée à un moment désagréable, voire même à une forme d'agression. Lorsque les capacités d'adaptation de l'individu sont dépassées, l'évènement devient alors source de stress. Il s'agit ici d'un stress momentané, aiguë, à la fois biologique et psychique, qui sera à l'origine de réactions endocriniennes non spécifiques et éventuellement de manifestations psychopathologiques et/ou physiopathologiques. Les manifestations physiques de l'anxiété aggravent le stress du patient. L'individu associera, par la suite, la situation à une émotion de peur, ce qui rendra les

prochaines consultations encore plus anxiogènes. Les états émotionnels sont donc à l'origine d'un stress. Qu'est-ce qu'une émotion ? Comment prennent-elles corps ? L'anxiété en prenant corps s'amplifie et peut évoluer vers de l'angoisse, voire même un état de phobie, qui peut être à l'origine d'un évitement total des soins dentaires.

6) L'émotion

Comme il a été défini précédemment, la peur, l'anxiété, la phobie, sont des états émotionnels humains. Le terme émotion est composé du verbe latin *motere* qui signifie mouvoir, et du préfixe « e » qui exprime un mouvement vers l'extérieur. L'émotivité est « l'aptitude de chaque individu à réagir plus ou moins vivement (réactions psychiques et somatiques) aux impressions perçues. C'est l'aspect le plus élémentaire de l'affectivité. » [13]. L'émotion est donc une réaction affective qui se manifeste par des troubles physiologiques, psychiques, qui sont des mécanismes d'urgence, permettant à notre organisme de faire face à des événements susceptibles d'affecter l'équilibre de l'individu. Elle est donc limitée dans le temps, contrairement au sentiment qui lui perdure. Chaque individu, au cours de son existence aura élaboré des systèmes de protection, de perception de l'environnement au travers de ses expériences de vie, il aura plus ou moins appris à maîtriser ses émotions. Chaque individu étant unique, chacun aura un « filtre » de perception de l'environnement personnel et subjectif, et sa manière particulière d'expression des émotions, ainsi, certains sujets seront hyperémotifs et d'autres feront preuve d'un « illettrisme émotionnel ».

Darwin avait déjà étudié le caractère adaptatif des émotions dans son ouvrage « L'expression des émotions chez l'homme et les animaux » dans lequel il considère les émotions comme un produit de la sélection naturelle. Le psychologue américain William James envisage une évolution darwinienne des mécanismes mentaux quelques quinze ans après la publication de « L'origine des espèces » de Darwin en 1859. Une sélection des solutions intelligentes aurait perfectionné le cerveau pendant des millions d'années.

La notion d'intelligence émotionnelle apparaîtra en 1990, grâce aux observations du neuroscientifique Joseph Ledoux cité par Madoun et Dumonteil [24]. Il découvre qu'une partie des stimuli provoquant des émotions est traitée au niveau de l'amygdale du cerveau, l'organe faisant le lien entre nos réactions émotionnelles et les systèmes sensitifs du corps.

Ainsi, un stimulus provoquant une émotion sera traité au niveau du cortex mais aussi au niveau du système limbique par l'amygdale qui est le siège de la mémoire émotionnelle. Une part de nos émotions échappe donc à tout contrôle rationnel. Nous développons une certaine maîtrise de celles-ci grâce à une mémorisation des expériences répétées de la vie.

Le neurologue Damasio définit les émotions comme étant autant des « marqueurs somatiques » que psychologiques. La mémoire émotionnelle, façonnée au gré des expériences antérieures, constitue une aide automatique et inconsciente. A une situation donnée, il existe un souvenir plus ou moins similaire auquel est rattaché un signal émotionnel qui permettra de réaliser un choix préliminaire inconscient des possibilités de réactions. Cette mémoire émotionnelle représente une part instinctive et primitive de notre faculté de prise de décision. Face à une situation de stress ou de forte charge émotionnelle, l'émotion précède la cognition. D'ailleurs pour Damasio, la raison pure n'existe pas, c'est ce qu'il appelle « l'erreur de Descartes », il dira : « le cœur a ses raisons que la raison ne connaît pas ».

II - PHYSIOLOGIE DE L'EMOTION

1) Introduction

« On souffre davantage de ce que l'on craint que de ce que l'on éprouve ».

Montaigne

Bien souvent, avant même d'entrer dans le cabinet, le sujet anxieux éprouve déjà une sensation de danger imprécis. La peur commence avant que le patient ne soit réellement en situation menaçante, c'est une anxiété d'anticipation. A un fort degré d'anxiété, même anticipatoire, il peut y avoir des manifestations physiologiques telles que l'hyperventilation, sueurs... qui aggravent le stress du patient. Lorsque le patient pénètre dans le cabinet, et pendant les soins, il reçoit un ensemble d'informations sensorielles. Le patient perçoit des odeurs (« l'odeur du dentiste »), des bruits (le compresseur, l'aspiration, « la roulette »...), il voit des objets (inconnus souvent mais dont la symbolique est lourde), il « pré » sent la douleur : l'anticipation de la douleur est déjà douloureuse.

Toutes les aires sensitives associatives envoient leurs informations sensorielles au niveau de l'aire gnosique, ou aire commune d'interprétation qui siège dans le cortex cérébral. Cette aire gnosique constitue une mémoire de souvenirs complexes associés à des perceptions sensorielles, et permettra d'élaborer une compréhension unifiée de la situation. Ce message est envoyé au cortex frontal, qui associe au contexte une composante émotionnelle, et détermine une réponse appropriée. Le cortex frontal et l'aire gnosique travaillent de concert à assembler les nouvelles expériences en constructions logiques, en récits fondés sur nos expériences passées. Ainsi, ce n'est pas l'ensemble des stimulations sensorielles auquel est soumis le patient dans le cabinet qui domine sa conscience mais bel et bien le message global de danger, résultant d'une analyse sensitive des stimuli présents, à la lumière des expériences passées. Le patient, qui est souvent déjà dans l'anticipation de sa douleur, est donc dans un état d'anxiété imprécise où se mêlent des aspects présents, passés et futurs [25].

La physiologie de l'émotion passe par l'intégration sensorielle (de la réception à la perception). La sensation est la conscience des variations des milieux internes et externes

alors, que la perception est l'interprétation consciente de ces différents stimuli. L'intégration sensorielle est effectuée par le système somesthésique qui est une subdivision du système nerveux. L'intégration nerveuse de ce système a lieu à trois niveaux : le niveau des récepteurs, le niveau des voies ascendantes et celui de perception.

2) Mécanismes centraux du stress

2-1. Réception et Transmission des informations sensorielles

Comme les stimuli sont variés, plusieurs systèmes de réception et de transmission entrent en jeu. Les informations relatives à l'extérieur et l'environnement stimulent différents récepteurs sensoriels qui les convertissent en influx nerveux. Ce phénomène, appelé transduction met en jeu trois types de récepteurs : les extérocepteurs, les propriocepteurs et les intérocepteurs ; ils transmettront chacun des informations particulières. L'intensité du stimulus, qu'il soit sonore, mécanique ou autre, se traduit par la fréquence de la transmission des influx.

Ces influx nerveux sont ensuite transmis par les voies ascendantes, vers la formation réticulée et les centres supérieurs. A chaque récepteur correspondent une sensibilité et une voie de transmission.

Tout d'abord, la sensibilité extéroceptive. Elle est séparée en deux composantes, l'une grossière et l'autre fine. La sensibilité grossière (tact grossier, variations de température) est véhiculée par les tractus spino-thalamiques latéraux et ventraux vers les corps striés, sauf si la sensibilité a besoin d'être portée à la conscience, il y aura alors projection spino-thalamique. La sensibilité épicroitique ou fine, est transmise par les faisceaux graciles et cunéiformes vers le thalamus puis vers le cortex, c'est donc une sensibilité « haut de gamme » et consciente.

La sensibilité proprioceptive est celle qui nous informe sur les os, ligaments, articulations et muscles. Il en existe deux : l'une consciente, l'autre inconsciente. La sensibilité proprioceptive inconsciente nous permet d'avoir des repères dans l'espace et d'effectuer les mouvements automatiques (respiration, marche...). Ainsi les voies inconscientes (tronc et membres) vont régler la tension des muscles sans que nous en prenions conscience, en passant par le cervelet. Les fibres de la sensibilité proprioceptive consciente vont s'intégrer aux fibres de la sensibilité extéroceptive épicroitique et former les faisceaux

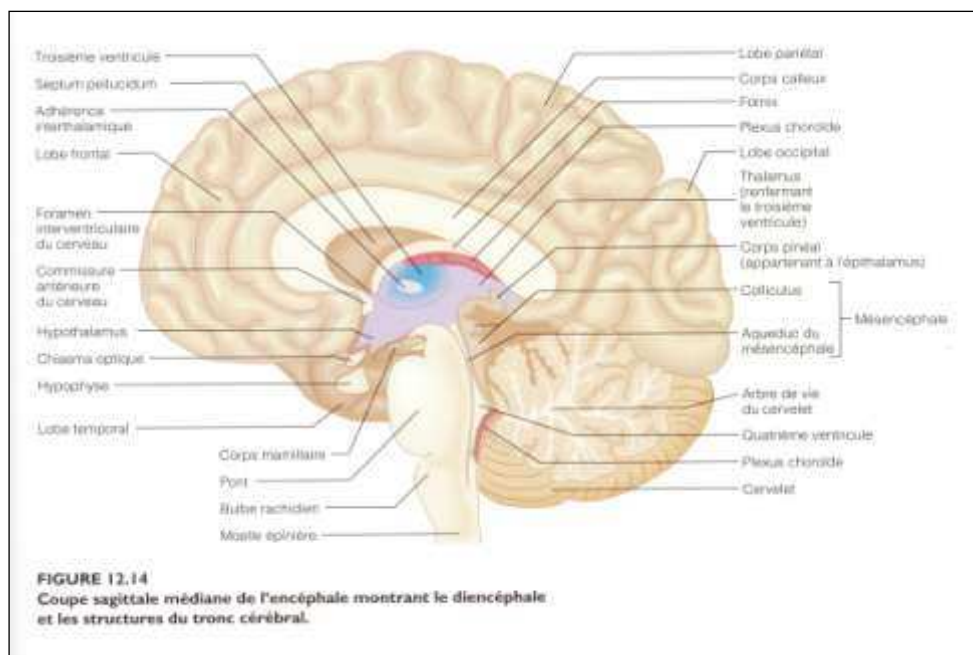
graciles et cunéiformes. Il y aura donc une transmission thalamo-corticale qui portera à notre conscience la position de notre corps dans l'espace.

La sensibilité intéroceptive est une voie lente et multisynaptique qui n'est que très rarement projetée vers le cortex.

A ces signaux sensitifs correspond une réponse interprétative. La perception de ces signaux permet d'évaluer les informations internes et externes afin de jauger le danger de la situation. Les sens externes enverront un signal plus ou moins inquiétant, notamment l'ouïe dont le centre est au sein même du système limbique. Les organes internes évaluent aussi la situation : la sensation venant des viscères signale un danger et la contraction musculaire transmet le message de peur. Le patient se sent alors menacé, en danger. Si la situation le dépasse totalement, il répondra avec angoisse. La réaction émotive se manifeste par des perturbations psycho-affectives et organiques. Ainsi, il semble que toute émotion soit donc bien à l'origine d'un stress, comme l'avait conclu Seyle dans son ouvrage « Le stress de la vie », 1982.

2-2. Perception et interprétation : centres nerveux

2-2-1. L'encéphale



D'après l'ouvrage « Anatomie et physiologie humaine » de Marieb E. N.[25].

2-2-2. Physiologie des centres de l'émotion

Les voies afférentes sensitivo-sensorielles transmettent les informations aux centres nerveux qui les intègrent et organisent la réponse [25]. Afin de faciliter la compréhension de ces différents mécanismes, quelques rappels sur la structure du névraxe ont été présentés en annexe n°1.

La formation réticulée

Il s'agit d'un réseau dense de cellules nerveuses qui s'étend le long du tronc cérébral, de la région bulbaire basse à l'hypothalamus latéral et postérieur. « Il joue un rôle de coordination et de synthèse très important, contrôlant les activités cérébrale et spinale (respectivement par le système ascendant activateur et le système descendant inhibiteur et facilitateur), réglant le tonus de posture et l'état de vigile, recevant et intégrant toutes les sensations qui parviennent à l'encéphale et influant sur les fonctions végétatives. » [13]. Ainsi, les influx sensitifs ascendants parviennent à la formation réticulée au niveau du système activateur réticulaire ascendant qui achemine les informations aux noyaux thalamiques puis au cortex.

L'hypothalamus

Littéralement, sous le thalamus, la région du diencephale forme la partie antérieure et ventrale du 3^{ème} ventricule. De petite taille, il n'en est pas moins le principal centre de régulation des fonctions physiologiques et homéostasiques. Il intervient notamment dans la régulation de la température corporelle, de l'apport alimentaire, de l'équilibre hydrique, de la soif, du cycle veille-sommeil.

Il régule notamment l'activation des centres du Système Nerveux Autonome (SNA), en dirigeant les fonctions des centres autonomes du tronc cérébral. Il régule ainsi la pression artérielle, la fréquence et l'intensité des contractions cardiaques, la respiration et nombres d'autres activités viscérales.

Il est aussi impliqué dans la régulation du fonctionnement endocrinien. Il régit les sécrétions hormonales par la production d'hormones de libérations qui agissent sur l'adénohypophyse. Il produit aussi l'ocytocine et l'hormone antidiurétique (ADH).

L'hypothalamus est surtout impliqué dans la régulation de la réaction émotionnelle et comportementale. Il est le « cœur » du système limbique et possède beaucoup de liens avec les aires associatives corticales et les parties inférieures du tronc cérébral. Il se compose de noyaux associés à la perception du plaisir, de la peur, la colère, ainsi que des noyaux pour les pulsions et rythmes biologiques.

L'hypothalamus, en touchant aux voies du SNA, déclenche ainsi la plupart des manifestations physiques des émotions comme celles de la peur.

Hippocampe

Il joue un rôle dans la surveillance des réseaux de neurones qui participent à l'apprentissage et la mémorisation des relations spatiales.

Corps amygdaloïde

Il associe les souvenirs formés en rapport avec les différents sens, et les relie aux états émotionnels engendrés par l'hypothalamus, grâce aux liens qu'il entretient avec les centres qui régissent la réponse émotionnelle (aires sensibles, thalamus et hypothalamus).

Le système limbique et cortex

Le système limbique appartient au diencephale et est situé au niveau de la face médiane des hémisphères cérébraux. Il est composé de différentes structures, notamment issues du rhinencéphale :

- parties du rhinencéphale
 - septum précommissural
 - gyrus du cingulum
 - gyrus para-hippocampal
- hippocampe
- partie du corps amygdaloïde
- parties du diencephale
 - hypothalamus
 - noyaux antérieurs du thalamus

Le système limbique est le cerveau émotionnel ou affectif. Il joue un rôle intégrateur en interconnectant à la fois les afférences sensorielles, les informations de l'hypothalamus et des zones corticales participant aux émotions. C'est par l'intermédiaire de l'hypothalamus qu'il gère les réactions émotionnelles et les fonctions autonomes. C'est donc sous l'orchestration de l'hypothalamus que les émotions prennent corps.

Le système limbique est relié aux régions corticales et sous corticales des hémisphères cérébraux, ceci permet l'intégration, l'interprétation et la réaction face aux informations de l'environnement. Cette interaction permet aussi la synthèse dynamique des informations présentes et la confrontation aux expériences passées pour élaborer une réaction émotionnelle.

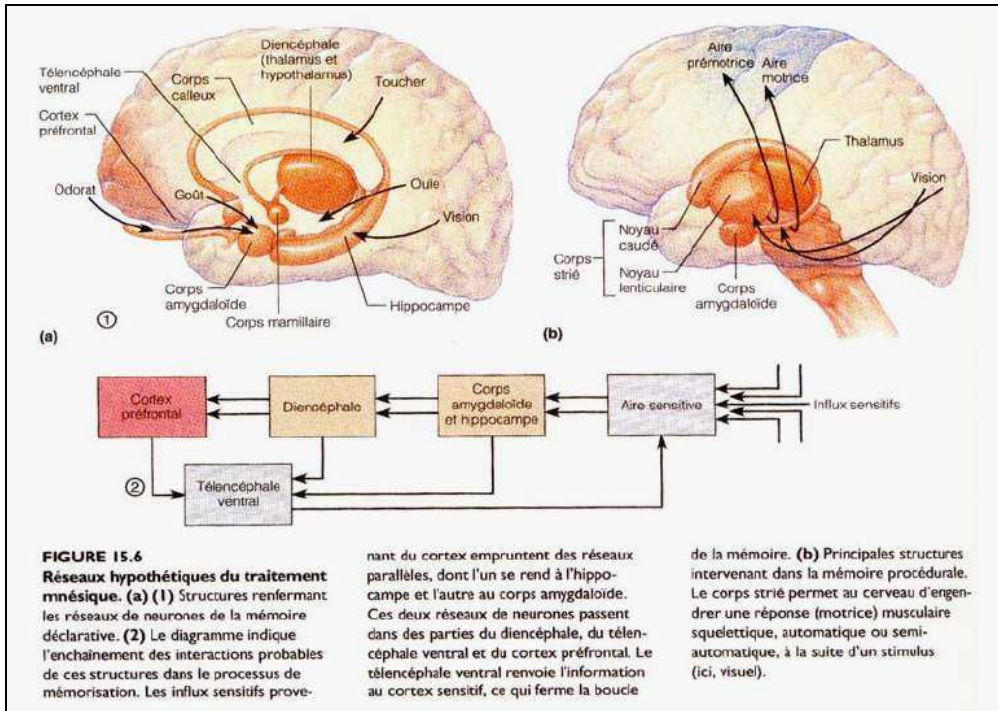
Il interagit aussi avec le cortex préfrontal : le cerveau cognitif. Le cerveau affectif ou émotionnel (celui des sentiments) est donc lié de près au cerveau cognitif (celui des pensées). Cette interaction permet d'expliquer pourquoi parfois les émotions priment sur la logique et inversement, pourquoi notre raison étouffe à l'occasion l'expression des émotions de manière déplacée.

Mémoire émotionnelle

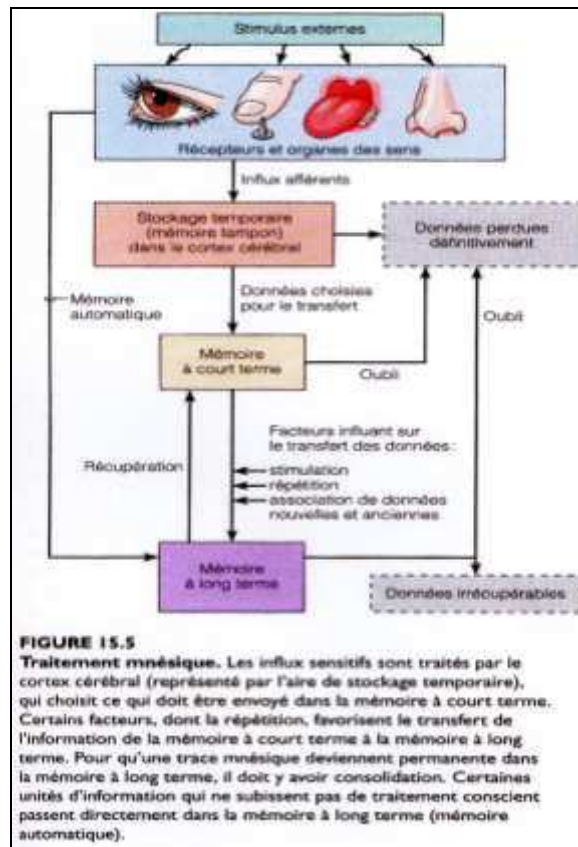
« Le souvenir du bonheur n'est plus du bonheur, le souvenir de la douleur est de la douleur encore » George Gordon, Lord Byron

Les influx provenant des organes des sens engendrent un premier type de mémorisation : « la mémoire sensorielle ». Elle est de durée trop courte pour être considérée comme un stade de mémoire. Il y a deux stades de stockage des données : la mémoire à court terme et celle à long terme. Le traitement mnésique des événements chargés d'émotions fait intervenir la noradrénaline (NAd) dont la sécrétion est augmentée par l'émotion, ainsi le transfert dans la mémoire est quasi immédiat.

Si l'on en croit certains modèles, tels que Bower ou Beck, cités par Graziani et coll. [17], la personne anxieuse aura tendance à se souvenir en premier lieu des événements anxigènes de son parcours. Lorsqu'elle traitera l'information, elle repèrera 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.



D'après l'ouvrage « Anatomie et physiologie humaine » de Marieb E. N. [25].



D'après l'ouvrage « Anatomie et physiologie humaine » de Marieb E. N. [25].

3) Les voies nerveuses et hormonales

A toute perturbation émotionnelle source de stress, il existe une réponse adaptative. Cette réponse se décompose en deux temps : un premier, « le système d'alarme », met essentiellement en jeu le système nerveux ; le second, « le système de défense », qui fait principalement intervenir le système hormonal [17].

3-1. Système d'alarme

Cette phase d'alarme représente la phase initiale de mobilisation de l'organisme face à un stress aigu, dans le but de fuir ou lutter pour la survie de celui-ci. Ce système met en jeu les neurones centraux noradrénergiques du locus coeruleus de l'hypothalamus et le système sympathique, dont un des organes cibles est la médullosurrénale qui libère de la noradrénaline et adrénaline dans le sang. Globalement, la sécrétion de l'adrénaline sera fonction de l'intensité émotionnelle, elle agira sur la fonction comportementale, alors que la noradrénaline ajustera les phénomènes vasomoteurs et cardio-vasculaires.

L'adrénaline est une hormone sympathico-mimétique. Elle est le médiateur chimique des nerfs adrénergiques dont elle stimule les récepteurs α et β . Elle provoque différentes réactions :

- accélère le cœur,
- augmente la force et l'amplitude de ses battements,
- contracte les vaisseaux, mais dilate les artères coronaires et des muscles squelettiques,
- élève la tension artérielle et la glycémie,
- inhibe les muscles bronchiques et intestinaux,
- accroît les sécrétions
- provoque une mydriase.

La noradrénaline, dont l'adrénaline est un dérivé, n'en diffère que par l'absence d'un groupe méthyle. Elle est synthétisée dans les ganglions paravertébraux à partir de la dopamine. C'est un médiateur des récepteurs adrénergiques α , ce qui explique que son action vasoconstrictive et hypertensive est supérieure à celle de l'adrénaline [25].

3-2. Système de défense

Système essentiellement hormonal, il recrute successivement les neurones à corticolibérine (CRH) du noyau paraventriculaire de l'hypothalamus, les cellules corticotropes de l'hypophyse antérieure et les cellules cortico-surréaliennes pour augmenter la concentration en glucocorticoïdes circulants. Les glucocorticoïdes, c'est-à-dire le cortisol et la cortisone, sont impliqués dans le métabolisme des protides, lipides et glucides. Leur action est plus longue que les catécholamines et facilitatrice pour celles-ci. Les glucocorticoïdes participent à la régulation du système du stress par un effet de rétrocontrôle négatif.

En effet, on identifie deux types de récepteurs aux glucocorticoïdes. Les récepteurs de type I, localisés dans l'hippocampe, régissent l'activité basale des corticoïdes et exercent un effet activateur favorisant l'éveil et la rythmicité nyctémérale. Ayant une forte affinité pour le cortisol, ces récepteurs sont saturés à un faible taux d'hormone. Les récepteurs de type II réagissent seulement aux fortes concentrations de glucocorticoïdes, ce qui est le cas en situation de stress. Situés dans l'hypothalamus, le système limbique et le cortex préfrontal, les récepteurs de type II exercent une action adaptative et modératrice des processus cérébraux liés au stress, ils sont impliqués dans la régulation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien en situation de stress et semblent indispensables à la mémorisation.

3-3. Réponse globale

Ces deux systèmes interagissent à tous les niveaux sous forme d'un rétrocontrôle positif de sorte que l'activation d'un système tend à activer l'autre. Le locus coeruleus (système d'alarme aboutissant à la sécrétion de catécholamines) et le noyau paraventriculaire de l'hypothalamus (système de défense sécrétant les glucocorticoïdes) reçoivent une abondante innervation provenant de diverses structures du système nerveux central ; ces dernières peuvent moduler l'activité du système du stress par l'intermédiaire de divers neurotransmetteurs. La sérotonine et l'acétylcholine semblent jouer un rôle excitateur tandis que le système GABAergique est inhibiteur.

4) Les symptômes somatiques

Quelque soit la stimulation initiale ou le facteur de stress, l'organisme manifeste une réponse généralisée *via* le système hypothalamo-hypophyso-surrénalien qui stimule les systèmes nerveux et endocrinien. Les modifications somatiques vont pérenniser l'émotion et renforcer l'angoisse. La « mise en corps » des émotions est articulée en deux composantes, l'une passive, par les muscles lisses et cardiaque qui façonnent un tableau interne ou subjectif qui a pour fonction d'évaluer le danger et l'autre active, par les muscles striés, permet de rester en alerte. Ce qu'il est important de noter ici, est que tout le mécanisme du stress conditionne un comportement ; c'est précisément sur ce comportement et ces signes extérieurs que l'opérateur se basera pour agir sur le stress du patient.

4-1. Le tonus musculaire

L'hypertonie musculaire représente l'une des composantes principales des aspects comportementaux de l'expression émotionnelle. La contraction musculaire réflexe, due à une autostimulation réflexe de la formation réticulée, est l'indice le plus fréquent d'anticipation à la douleur. En effet, on visualise immédiatement le patient angoissé qui s'assoit sur le fauteuil en se cramponnant aux accoudoirs. Ainsi, les anxieux, les hypersensibles et hyper-émotifs paraissent hypertendus ; ils sont très réactifs sur le plan moteur car ils sont en état d'alerte.

4-2. Manifestations respiratoires

C'est la fonction qui subit les plus importantes perturbations physiologiques au cours de l'angoisse. Ces variations dépendent plus de la nature de l'acte que de la durée de celui-ci. Ces perturbations pourront se manifester par une respiration rapide et irrégulière, une fréquence respiratoire faible ou des apnées. Le patient décrira une sensation de suffocation, d'oppression, voire même d'étouffement. Dans tous les cas, l'amplitude des mouvements respiratoires diminue et aboutit à une hypoventilation du patient.

4-3. Manifestations cardiovasculaires

L'émotion provoque le plus souvent une tachycardie et une hypertension instable mais parfois, dans le cas d'une émotion brusque, on peut aussi observer une bradycardie associée à

une hypotension. Le patient décrira des sensations de cœur serré dans un étai, de douleurs dans la poitrine ou de palpitations.

4-4. Manifestations cutanées

L'émotion peut fréquemment se lire sur le visage des individus. Ils peuvent notamment décliner toutes les couleurs du pâle au rouge (le rouge est causé par la vasodilatation superficielle qui entraîne une sensation de bouffée de chaleur).

Le patient pourra aussi décrire avoir les mains moites ou des sueurs froides, ceci correspond à une variation de l'activité des glandes sudoripares. Cette « sudation psychique » s'exerce dans certains territoires cutanés sous forme de décharges rapides et parallèles, contrairement à la sudation thermique qui s'installe progressivement et participe à la thermo-régulation.

4-5. Manifestations viscérales

L'anxiété provoque une spasmodicité de l'appareil digestif (de l'œsophage au colon sans oublier l'estomac) et provoque une accélération du transit. Le patient pourra ressentir des douleurs épigastriques, des sensations de pesanteur, de gonflement digestif, de nausées ou des diarrhées.

L'émotion agira aussi sur le débit de sécrétion salivaire, ainsi la quantité de salive pourra être diminuée ou au contraire abondante. Le patient aura alors soit une sensation de bouche sèche soit un besoin fréquent de cracher.

Les contractions fréquentes au niveau de la vessie entraîneront l'envie répétée d'uriner.

4-6. Manifestations sensorielles

Hypoacousie, vertige, vision brouillée, tremblements... Ces manifestations peuvent entrer dans le cadre de la symptomatologie de certaines pathologies de l'urgence, qu'il faudra bien sûr prendre en compte sur le plan vital.

III - ETIOLOGIES DE L'ANXIETE

1) L'anxiété du patient

1-1. Mythes, symboles, et représentations sociales

1-1-1. Du chirurgien-dentiste

La légende de Sainte Apolline

Le martyre de Sainte Apolline se passa à Alexandrie, à la fin du règne de l'Empereur Philippe l'Arabe, au début de l'an 249, ainsi que le rapporte Eusèbe, évêque de Césarée, dans son « Histoire ecclésiastique ». Seulement un an avant la véritable persécution qui fut la septième, l'Empereur Messius Dèce laissa les païens donner la chasse aux chrétiens et les tuer, sans qu'ils ne soient punis pour ces meurtres. Dans ce contexte de trouble religieux, Apolline, fille d'un magistrat païen, vierge, d'un âge avancé et surtout d'une foi chrétienne inébranlable, fut saisie par les païens. Ils lui brisèrent toutes les dents à grands coups de pierres et la menacèrent de la brûler vive si elle ne prononçait pas avec eux des paroles impies et des blasphèmes contre Jésus Christ. Elle finit par demander qu'on lui accordât quelque relâche dans sa tourmente et se jeta d'elle-même dans le brasier [20].

Quelques unes de ses dents furent recueillies parmi les cendres, une grande vénération naquit pour cette sainte martyre dont le courage et la détermination devinrent un exemple pour les chrétiens. Son culte se propagea au XIIIème siècle grâce à un ouvrage du pape Jean XXI (1220-1277) contenant de nombreuses recettes médicales dont l'invocation à Sainte Apolline. Au Moyen Âge, les douleurs dentaires étaient un fait général, et le culte de la sainte était pratiqué dans tout l'Occident. Sainte Apolline étant la protectrice de ceux qui souffraient des dents, elle devint, beaucoup plus tard, la patronne des dentistes, ce qui fut officiellement admis lors d'un congrès en Suède au début de notre siècle. Il existe de nombreuses représentations de Sainte Apolline : soit stoïque subissant son martyre, soit en attitude de sainte avec ses attributs (souvent une pince avec une dent entre ses mors), rarement périsant dans les flammes, mais toujours, depuis la renaissance, sous les traits d'une jeune fille.

Désormais on célèbre la patronne des dentistes, Sainte Apolline, le 9 février. On saisit mieux comment l'extraction est assimilée à une torture ou un supplice depuis plusieurs siècles.

Le mythe de « l'arracheur de dents »

Le mythe de la douleur au cabinet est encore très présent dans l'imaginaire populaire. Dans notre inconscient collectif, on associe souvent le chirurgien-dentiste aux charlatans des siècles passés qui sévissaient au XIII^{ème} et XIV^{ème}. Ils écumaient villes et campagnes en chars décorés, accompagnés d'une troupe de baladins. Ils s'adonnaient à leur art sur une estrade au rythme des tambours. Ils pratiquaient une extraction fictive pour attirer le malade qu'ils sanglaient ensuite sur une chaise. Le bruit des tambours masquait les cris du malheureux qui subissait l'extraction. Mises en scènes, beaux discours, noms italiens...rien ne manquait au spectacle. Les extractions qu'elles soient faites du bout du sabre, au pélican ou avec les clés de Garengot étaient le plus souvent désastreuses. Ils enlevaient souvent plusieurs dents saines pour une malade, un mauvais maniement du pélican ravageait les bouches, fracturant souvent dents voisines et parfois même la mandibule...

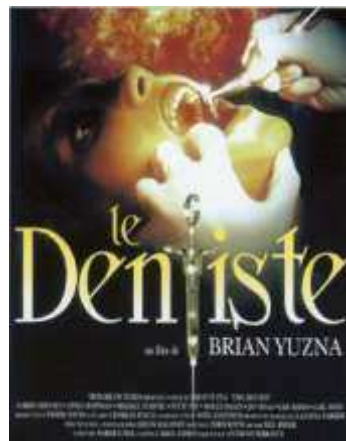


Le Moyen Âge est une période où la médecine faisait essentiellement appel aux croyances populaires, religieuses ainsi qu'à la sorcellerie. L'enseignement universitaire fut toutefois légalement reconnu à cette époque mais c'est avec les croisades que la médecine se développa réellement. Trois corporations virent le jour, dont celle des barbiers qui fut celle des ancêtres des dentistes. Cependant, à partir de 1425, les barbiers perdirent le droit de pratiquer l'art dentaire qui revint alors aux chirurgiens. Par la suite, la dentisterie évoluera progressivement jusqu'à notre époque, avec notamment Pierre Fauchard (1678-1761) qui est considéré comme le père de la dentisterie moderne.

De nombreuses représentations picturales évoquent la violence et la douleur des extractions dentaires. Cette image de « dentistes-bourreaux » remonte à la nuit des temps ainsi, par analogie et référence au passé, l'établissement d'une image positive des dentistes semble difficile.

Représentations culturelles actuelles

La représentation sociale des chirurgiens dentistes est basée sur l'histoire passée de ce métier, dont la charge symbolique est entretenue et véhiculée par les médias d'aujourd'hui. Dans la culture cinématographique, des films comme : « The dentist » de Brian Yuzna sorti en 1996 perpétuent la corrélation entre actes dentaires et torture. Ce film d'horreur relate l'histoire d'un dentiste qui devient fou et torture ses patients. Dans « Marathon man », réalisé par John Schlesinger en 1976, les actes dentaires sont toujours évoqués dans le cadre de la torture. Même dans le célèbre dessin animé tout public « Le monde de Némoto », de Disney et Pixar, les préjugés à connotations péjoratives se voient renforcés sur les dentistes. D'autres films abordent plus la dimension symbolique sensuelle de l'organe buccal comme, par exemple, « Gorge profonde » ou « Deep throat » (1972) de Gérard Damiano. Il y est décrit l'histoire érotique d'une femme qui a le clitoris à la place de la lèvre et témoigne ainsi, certes dans l'excès, de la valeur érotique de la bouche. Dans « Lipstick » dirigés par Lamont Johnson, 1976, un homme viole une femme qui avait fait une réclame publicitaire pour du rouge à lèvres. Lèvres entrouvertes, symbole de disponibilité sexuelle, avaient fait naître chez cet homme une impulsion d'appropriation sexuelle envers cette femme. Tout le monde a en tête les déhanchés et les lèvres toujours un peu entrouvertes de Marilyn Monroe.



Les spectacles humoristiques abordent aussi le sujet comme dans : « Ma mère chez le dentiste » de Claude Vanony, ou « A l'opéra comique » d'Alex Métayer.

Le thème des soins dentaires est aussi largement évoqué dans les chansons à texte : par exemple Linda Lemay chante l'histoire d'un dentiste qui la terrorise dans sa jeunesse : “M.

Marchand ». Henri Salvador chante le « blues du dentiste » de Boris Vian, San Severino « Les bourre-pâtes et les tire-nerfs », alors que Georges Brassens, clame dans « Le testament » : « J'ai quitté la vie sans rancune, j'aurai plus jamais mal aux dents ».

Dans la bande dessinée, Serre caricature les dentistes dans « Humour noir & hommes en blanc ». L'humour est un moyen de dédramatiser une situation, un évènement. La plupart du temps, dans sa transcription, l'humoriste projette toute l'angoisse du moment sur le dentiste qui devient alors symbole de peur et de douleur. Ainsi, il renforce le stéréotype négatif du chirurgien dentiste.

1-1-2. La symbolique de la bouche

La pratique du chirurgien dentiste ne se limite pas aux aspects techniques de la dentisterie : en traitant une dent, on touche à une unité plus vaste qui est la cavité buccale, puis par extension, une partie du corps humain. Nous soignons donc le corps d'un patient, d'un être humain, qui constitue une unité indissociable de corps et d'esprit. Les organes dont s'occupe le dentiste transcendent nettement leur valeur fonctionnelle pour prendre une valeur émotive et souvent symbolique. La bouche est une zone chargée d'émotions et entre dans le schéma corporel de tout un chacun ; ainsi, chercher à comprendre son rôle dans le développement de la personnalité et dans la vie psychique d'un individu peut nous aider à prendre en charge l'anxiété des patients.

Etymologiquement, la bouche vient du latin *bucca*, qui signifie joue, dont la valeur symbolique est la création, la connaissance. Indissociable de la parole, la bouche repose sur un double symbolisme selon qu'elle établit un lien de l'intérieur vers l'extérieur (expression de l'âme) ou de l'extérieur vers l'intérieur (assimilation à une énergie positive ou négative) [27]. Symbole fondamental, la bouche représente la vie à travers le souffle, la nourriture et la parole. Elle se charge d'une valeur positive ou négative, bénéfique ou maléfique, selon ce qu'elle avale ou expulse. On retrouve cela dans la dichotomie de l'aliment qui nourrit ou détruit et de la parole : sage, elle élève l'homme vers le monde supérieur ; mauvaise, elle l'abaisse vers un monde inférieur.

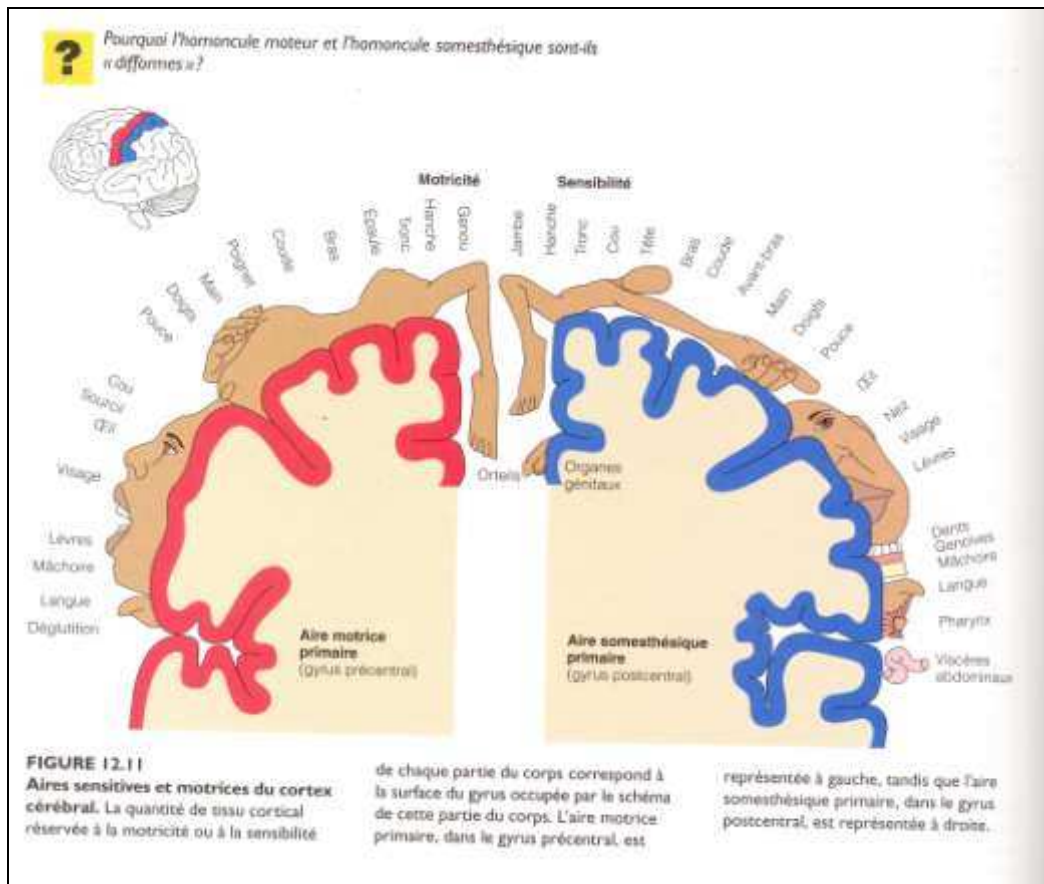
La bouche est la principale « porte » du corps, elle peut être ouverte ou fermée, dispenser des bienfaits ou générer des fautes. Dans de nombreuses croyances, elle est indissociable de l'âme qui pénètre et sort du corps par cet orifice. En effet certains mythes

voulaient même que lorsqu'une personne bâillait, un démon pouvait s'introduire dans son corps. Est-ce un simple savoir-vivre que de mettre la main devant la bouche lorsque l'on baille ? De nombreux tabous alimentaires sont d'ailleurs issus du risque de contamination de l'âme par l'ingestion de certains aliments par la bouche. Les préceptes religieux imposent de strictes observances concernant la bouche : tantôt sur les aliments (qui entrent), tantôt sur les paroles (qui sortent).

La bouche des dieux est créatrice et fécondante et ce qui en sort est évidemment sacré. Dans les trois religions monothéistes, la Genèse rapporte comment Dieu créa par le Verbe : « Créateur des cieux et de la terre, lorsqu'il a décrété une chose, il lui dit seulement : « Sois ! » et elle est. » (Coran II, 117). Dans le mythe Maya de la Création, la terre fut aussi créée par la parole. En Inde, Prajapati, l'être primordial, commande aux éléments de se former... La bouche, associée au nez, est aussi l'organe du souffle, elle intervient donc dans le processus de vie comme dans celui de mort : on pense au « dernier souffle ».

Dans l'analyse psychanalytique du développement psychologique, la bouche est une zone corporelle très investie, notamment dans le stade oral. On différencie communément trois stades (oral, anal, génital). Le premier, le stade oral, recouvre approximativement la première année du nourrisson. L'oralité se fonde sur plusieurs niveaux : physique (aliments et plaisirs oraux), sexuel (zone érogène de prédilection et source fondamentale de plaisir), affectif (désir de faire entrer l'autre en soi, de l'avalier), et intellectuel (découverte du monde par le nourrisson) [27]. Etayant ces fonctions fondamentales de la bouche, « les contes de fées présentent régulièrement l'image des ogres et des ogresses, qui renvoie à l'enfant, l'avidité de sa libido autant que ses fantasmes d'appropriation totale ».

La bouche, au travers de la succion du sein maternel, représente le premier maillon de la relation mère-enfant et ainsi le premier contact avec le monde extérieur, elle est donc le premier organe perceptuel. L'importance de l'expérience orale est d'ailleurs reflétée par la projection de la bouche et de la langue au niveau cortical. Les régions du cortex cérébral attribuées à la sensibilité de la main, de pouce, de la bouche et de la langue, sont disproportionnées par rapport aux zones sensorielles du reste du corps.



D'après l'ouvrage « Anatomie et physiologie humaine » de Marieb E. N. [25].

Freud considère que le sein maternel, ou son substitut, constitue le premier objet sexuel de l'enfant. Le plaisir auto-érotique buccal servirait à apaiser une tension interne dont l'origine serait le manque de la mère ou de nourriture. Les gastronomes vont même jusqu'à donner la priorité à l'érotisme alimentaire sur les autres manifestations de l'éros !

Plus tard, l'apparition des dents est à l'origine des premières douleurs ressenties. C'est aussi la période où a lieu le sevrage qui représente une première étape de séparation d'avec la mère. Avec l'arrivée des dents en bouche, l'activité orale revêt un caractère plus agressif. Ainsi Karl Abraham, dans son ouvrage « Etude psychanalytique de la formation du caractère » divise le stade oral en deux phases : une première phase orale de succion, puis une phase orale sadique, pendant laquelle l'enfant va mordre et détruire les objets. L'enfant découvre le pouvoir de faire mal en mordant avec ses dents qui deviennent alors de petites armes. Les expressions du langage commun reflète cela : ne dit-on pas en effet que le guerrier est armé jusqu'aux dents ? Ou lorsque que l'on en veut à une personne : avoir une dent contre quelqu'un ? La loi du Talion dit elle-même « Œil pour œil, dent pour dent ». L'enfant qui reçoit chaleur, nourriture, sécurité et confort par la bouche, grandit en la considérant comme un organe de réconfort comme peut le symboliser la succion du pouce. On retrouve d'ailleurs

chez l'adulte cette fonction de « récompense orale » comme fumer, sucer des bonbons ou mâcher un chewing-gum.

A l'âge adulte, la cavité orale joue aussi un rôle primordial dans la communication. Elle permet en effet de communiquer par le langage verbal avec la phonation et par un langage non verbal avec le sourire, le baiser, les mimiques... La bouche est un élément capital de l'apparence esthétique donc, par extension des relations sociales. Elle véhicule un symbolisme évident dans la mesure où elle contribue à l'image de soi. Les commissures labiales, par exemple, participent à l'expression des émotions : les extrémités de la bouche dirigées vers le bas évoquent une réaction négative comme le mécontentement, la dépression, alors que vers le haut elles connotent une émotion positive par le sourire, l'ouverture aux autres. Les lèvres sont un symbole évident de séduction mais aussi sexuel. Entrouvertes, elles envoient un message de disponibilité sexuelle dont savent user les experts en publicité. A l'opposé de ce symbole sexuel, une bouche négligée avec une mauvaise haleine, déplace l'analogie symbolique vaginale de la bouche à une symbolique anale. Dans cette représentation symbolique de la bouche comme orifice (qu'il soit vaginal ou anal), toute pénétration dans celle-ci peut-être assimilée à un viol, à une agression, ou un non respect de l'intégrité corporelle. Le dentiste pénètre dans une intimité, une intimité qui est parfois devenue taboue par le refoulement de pulsions sensuelles primitives de l'enfant, interdites par les adultes et considérées comme tabou. 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...

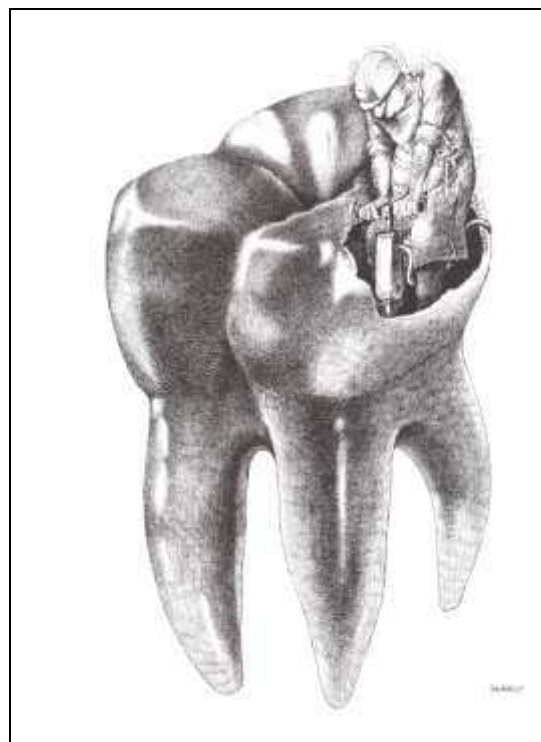
Au cours du processus complexe qu'est le vieillissement, il s'opère comme une condamnation biologique à la destruction progressive. Ainsi, au cours du processus du vieillissement, on assiste à la perte des organes dentaires. La perte des dents représente une perte du pouvoir, autant sur le plan physique, sexuel que psychique. Ces « dents déracinées » sont le symbole de la perte de stabilité dans la vie des personnes âgées, elles renvoient donc à la mort. La bouche semble être liée de près à celle-ci. En effet, ne laisse-t-elle pas échapper le dernier souffle, et ne dit-on pas « mordre la vie à pleines dents » ?

Selon l'histoire de chacun, notamment les modalités des soins nourriciers, du sevrage et du lien mère-enfant, l'individu assimilera des sentiments plus ou moins confus d'abandon, de frustration ou de culpabilité se rattachant à la cavité orale. Ainsi, le vécu de chacun, auquel se mêlent toutes les croyances populaires, tend à présenter la douleur dentaire comme une

punition, voire même un châtement. Les sujets ayant une représentation émotionnelle perturbée peuvent ressentir une appréhension mêlée de ces fantasmes de représailles. Mais quelque soit le vécu personnel de chacun, la cavité orale est le carrefour de trois grandes pulsions humaines, que sont la pulsion de vie, la pulsion de mort et la pulsion sexuelle. Compte tenu de l'importance psychologique de la bouche, il n'est pas étonnant que les soins dentaires déclenchent des mécanismes émotionnels complexes et puissants.

1-1-3. La symbolique de la dent

Du latin *dens*, [27] « les dents révèlent la vigueur physique autant que la force spirituelle et entretiennent avec l'âme un lien de sympathie. Elles sont associées à la vie, de sorte que les perdre, en réalité ou en rêve, est de mauvais augure, et trouve une signification symbolique de mort et de deuil ». Dans certaines contrées, il était de très mauvais augure qu'un enfant naisse avec une dent, en d'autres temps et lieux, on croyait au contraire cet enfant marqué par le bonheur. Entre autres, seraient nés avec des dents, Mozart, Louis XIV, Mirabeau, Napoléon Ier et Danton [20].



D'après l'ouvrage « Hommes en blanc et humour noir » [38].

D'après Pasini W. et Haynal A. [18], dans leur l'ouvrage « Manuel de psychologie odontologique », les dents ne sont pas des organes neutres et jouent des rôles bien définis qui sont au nombre de trois. Il est décrit « traditionnellement [...] une fonction de défense, d'instrument et d'ornement ».

La fonction de défense des dents tend à disparaître chez les hommes qui ont su trouver des moyens de destructions bien plus puissants... Cependant la fonction défensive persiste dans sa dimension symbolique. Serrer les dents correspond à mettre une distance avec l'autre comme une barrière face à l'intimité, à la sexualité, comme une défense instinctive contre une intrusion. Cette attitude de protection peut également révéler la composante agressive sous une forme retenue. L'agressivité véhiculée par les dents se retrouve dans la morsure qui de nos jours prend plus de sens sous la forme de la voracité psychologique. On retrouve cette composante agressive dans nombre de dictons populaires : « Avoir une dent contre quelqu'un », « Montrer les dents », « Etre armé jusqu'aux dents », « Avoir la dent dure », « Etre sur les dents ». Dans cette représentation des dents, organes de défense, de force et d'agressivité, on peut concevoir que la perte d'un organe dentaire est une forme de mutilation, diminuant les capacités symboliques de l'individu à se défendre. Les psychanalystes parleront même, dans certains cas, de complexe de castration.

Les dents ont une valeur instrumentale et fonctionnelle primordiale. Elles permettent la phonation, la mastication, la déglutition, la gustation, mais au-delà de leur valeur physiologique pure, elle entrent dans le champ de la vie émotionnelle et affective. Ainsi une extraction peut être vécue comme une mutilation. On considère un édenté total comme une personne handicapée, on parlera même dans le langage symbolique de quelqu'un de « châtré ». On comprend alors que la dégradation dentaire, qu'elle soit due au vieillissement ou non, influence l'image du corps, l'image de soi. De plus cette dégradation associée à de la culpabilité peut être vécue comme une punition. Dans le cadre du vieillissement, la détérioration progressive de l'état dentaire est accompagnée d'une résignation dans laquelle le « Moi » rétrograde. La parodontose métaphorise la perte de racines en la vie. La chute de l'organe dentaire évoque donc la dégradation mais aussi la mort. On comprend pourquoi il existe tant de superstitions liées aux dents.

La fonction ornementale est dépendante du cadre culturel de référence dans lequel on se place. Dans certaines sociétés, les mutilations dentaires représentent des signes distinctifs. Ils peuvent être des marqueurs d'identité, de rang social, de pouvoirs, d'appartenance à un groupe, ou encore de séduction... Dans la culture occidentale, le culte du corps est très

présent, en effet, le caractère esthétique prédomine. Une bonne dentition est désormais comme une « carte de visite positive » qui influence l'intégration sociale, l'estime de soi...

1-2. Les facteurs personnels

1-2-1. Age

Il nous faut tenir compte de l'âge et du développement psychologique du patient pour juger de son aptitude à supporter une situation stressante.

En effet, de 2 à 6 ans, l'enfant évolue dans un monde imaginaire, un monde des affects. Entre 2 et 3 ans, l'enfant est au stade anal et dans une phase d'affirmation de son désir d'autonomie. De 3 à 6 ans, c'est le stade phallique et la phase oedipienne, pendant lesquels l'enfant élabore des mécanismes de défense comme le refoulement. Le praticien doit se synchroniser avec l'enfant ; pour cela, il existe quelques règles de communication à respecter : lui permettre de développer son désir d'autonomie, d'être actif, utiliser un langage imagé et simple, animer les objets, utiliser le jeu, la communication verbale et non verbale, et cela toujours dans le monde de l'imaginaire. A noter, qu'avant 6 ans, la séparation avec la mère est anxiogène pour l'enfant. Firestein dit que c'est « une erreur colossale que les enfants consultent pour la première fois entre 3 et 5 ans », âge où les peurs de mutilations sont les plus fréquentes.

De 6 ans à la puberté, est une période importante dans la construction de la personnalité. Il s'agit de la période de latence selon Freud, phase d'apprentissage, d'ouverture au monde, pendant laquelle le sujet apprend à mieux contrôler les conflits. Le dentiste doit alors communiquer dans un registre logique, de raisonnement ; dans lequel l'enfant est autonome et actif.

L'adolescence est la période critique des conflits et des contradictions. L'adolescent est fragile, il a besoin de beaucoup de respect



1-2-2. Personnalité du patient

L'anxiété dentaire représente une part de l'anxiété générale qui est souvent une composante de la personnalité du sujet. Le patient hyper-anxieux aura tendance à exprimer sa peur ouvertement alors que le patient moins anxieux tentera de la réprimer. Il faut donc rester vigilant et attentif à ces « faux détendus ». En outre, l'hyperémotivité peut représenter une prédisposition constitutionnelle de l'anxiété au cabinet dentaire. En ce qui concerne les patients phobiques, un travail personnel est nécessaire car ce symptôme renvoie au problème plus précis et complexe des états mentaux et des configurations psychopathologiques qui conditionnent l'émergence d'un tel phénomène.

Certains, comme Carlsson, relient la peur dentaire à l'introversion alors que d'autres, comme Shuurs, pense qu'aucun lien ne peut être fait entre les deux. Freeman, lui, souligne le fait que le problème est différent pour chaque patient et dépend de son rapport à la bouche et à ses dents.

Certains pensent que les patients dits « passifs » ne se considèrent pas comme « maître de leur vie » c'est pourquoi ils considéreraient leur angoisse comme constituante d'eux mêmes. Ainsi, ils n'essaieraient pas réellement de la surmonter et partant de là seraient moins coopérants. A l'inverse, les « actifs » se responsabiliseraient plus face à cette peur pour coopérer. Mais aucune corrélation n'a été mise en lumière pour démontrer qu'un groupe était prédisposé à l'anxiété dentaire.

Le contexte psycho-socio-affectif est une étiologie indirecte à l'anxiété. Les sociétés dites « modernes » occidentales, en imposant un culte de la performance, un culte du corps, et tant d'autres règles implicites qui éloignent toujours plus l'être de ce qu'il est fondamentalement, asservissent l'individu à un stress inhumain. Combien de patients arrivent au cabinet, épuisés et usés par leur environnement au sens large. La séance de soins se surajoute alors comme une agression supplémentaire, laquelle peut faire dépasser le seuil de tolérance émotionnel de l'individu. A la différence que la consultation dentaire fait partie des « agressions » que l'individu pourra choisir de ne pas s'imposer.

1-2-3. Impact de l'entourage et conditionnement familial

L'influence de l'entourage est un facteur prédominant dans l'élaboration des représentations d'un individu. Dans ses récits, un patient anxieux ne relativisera pas la situation et relatera son vécu dramatique des soins dentaires en déformant une réalité qui lui aura complètement échappée. Son récit se focalisera sur une réalité subjective qui s'est imposée à lui sous forme menaçante et dangereuse et sur les détails qui auront fait écho à sa représentation personnelle de la douleur. Les expériences des autres influencent inévitablement notre manière d'aborder une situation d'autant plus lorsqu'elle est inconnue et diabolisée dans quasiment toutes les représentations.

La famille est la structure sociale la plus conditionnante ainsi l'image des soins dentaires véhiculée au sein de cette unité sera plus ou moins facilitante. Un enfant vierge de tout soin dentaire se fera une image fantasmée du chirurgien dentiste inspirée de ses parents et de son entourage direct. Même s'il ne comprend pas tout, l'enfant ressent l'angoisse qui peut émaner de propos anxieux, cela peut être très nocif et polluer la représentation du soin. A travers une telle attitude, même involontaire, les adultes transmettent aux enfants leur propre peur des soins dentaires que ceux-ci reprendront à leur compte. En outre, les enfants calquent instinctivement leurs comportements sur celui de leurs parents par identification. Ainsi, lorsqu'un individu consulte pour la première fois, il est nanti d'un cortège de recommandations, d'informations plus ou moins vraies car liées à des expériences racontées et déformées par une lecture subjective des événements. On comprend qu'un enfant, tout comme un adulte, conditionné par l'angoisse des actes dentaires, consultera déjà anxieux et sera attentif à chaque élément qui sera potentiellement dangereux dans sa représentation. Les parents utilisent parfois même cette peur comme un chantage à l'obéissance. Des « si tu n'es pas sage, le dentiste t'arrachera un dent » ou « il te fera une piqûre » ne sont pas fait pour nous faciliter la tâche ! Le dentiste incarne alors un rôle de bourreau et ses actes une dimension punitive et répressive.

1-2-4. Expériences antérieures

Une première consultation traumatisante, que ce soit sur le plan physique ou émotionnel, est déterminante pour le comportement du patient lors de la suite des soins. Commencer par les soins les plus importants et les plus douloureux présage d'une suite difficile car le premier contact aura été traumatique. Il semble que l'expérience traumatique atteint son paroxysme lorsque l'enfant a été maintenu de force et livré à un praticien pressé d'en finir. Cette situation est décrite comme effrayante, avec un sentiment d'impuissance souvent associé à une douleur intense.

La souffrance est un élément clé dans les expériences traumatisantes, on sait d'ailleurs que les sujets ayant eu beaucoup de traitements douloureux sont plus angoissés que les autres. En odontologie, le message d'une pratique sans douleur n'est pas encore bien établi auprès du public car malgré toutes les techniques élaborées pour lutter contre la douleur, on peut noter quelques failles. Le chirurgien dentiste intervient dans une zone d'hypersensibilité, dans des conditions parfois très difficiles, pour des causes anatomiques ou pathologiques et sur des êtres humains dont les seuils de tolérance sont parfois très bas notamment dans cette zone très chargée émotionnellement qu'est la bouche. En outre, comme il a été vu dans le chapitre précédent intitulé « Physiologie des centres de l'émotion », toute expérience émotionnelle traumatisante est mémorisée au niveau du système limbique. Dans une situation identique à un souvenir traumatique, les mécanismes d'alerte vont s'activer et provoquer une sensation d'angoisse, de danger à l'individu. Ainsi, la douleur ressentie dans le passé, provoque l'angoisse dans l'anticipation d'une éventuelle douleur à venir. On entre alors dans un cercle vicieux, car le plus souvent la douleur passée est imaginativement amplifiée avec le temps, et suscite une angoisse qui devient elle-même douloureuse, et abaisse le seuil de tolérance du patient. Dans un tel contexte, l'expectative seule de la douleur rend le traitement insupportable. L'angoisse et la douleur semblent donc indissociables et jouent un rôle de renforcement mutuel.

1-3. La rencontre avec un chirurgien dentiste et son cabinet

1-3-1. Le dentiste, cet inconnu

La relation thérapeutique patient-praticien met en jeu deux êtres humains avec leurs croyances et personnalités respectives. Il s'agit de trouver dans cette relation un juste équilibre émotionnel en tenant compte de ces trois variables : la psychologie du patient, le contexte thérapeutique, la personnalité et motivation du praticien. Compte tenu de l'importance psychologique associée à la cavité buccale, il n'est pas étonnant que l'exposition de cette région à la manipulation déclenche des mécanismes émotionnels complexes.

Le cadre thérapeutique définit une relation dans laquelle le patient est en position basse. Entre alors en jeu la notion de dominant-dominé qui sous tend celle d'impuissance. Une telle situation où le patient se sent impuissant, sans aucun contrôle, est très anxiogène. Ne contrôlant point son angoisse, le patient peut de surcroît redouter une régression à un comportement infantile, déclenché par des mécanismes de défense très puissants qu'il ne maîtrise pas non plus. S'ajoutant par-dessus tout cela une peur d'être jugé dans ce moment de faiblesse ou sur une éventuelle négligence d'hygiène.

Dans ce contexte on peut assister à un transfert. C'est lorsque le patient reporte sur son thérapeute les sentiments d'affection ou d'hostilité qu'il éprouvait dès l'enfance et de manière latente pour une autre personne (le plus souvent ses parents) [36] le patient peut alors manifester de l'attachement, de la dépendance ou au contraire une opposition méfiante s'il assimile le thérapeute à un parent sévère. A l'inverse, le soignant peut répondre malgré lui, par un contre-transfert, au transfert du patient. Ainsi, en cas de méfiance il aura tendance à réagir avec agacement, et inversement, avec un sentiment de responsabilité maternelle dans un cas de dépendance. Au thérapeute d'apprendre à gérer cela pour canaliser l'angoisse du patient, selon ce dont il a besoin, d'une mère sécure ou d'un père autoritaire. Le plus souvent, la relation est tout de même relativement simple mais le chirurgien dentiste ne doit pas perdre de vue que pour son patient, il est à la fois une personne réelle et un objet de transfert.

Il semble donc que l'imaginaire ait une place centrale dans cette rencontre bien particulière. L'imagination, cette « folle du logis » selon Pascal, amplifie et dénature la réalité, brode : c'est ce qu'on appelle les « fantasmes ». Chaque protagoniste a ses propres

projections fantasmées sur l'autre, la relation dépasse donc le simple cadre de personne à personne. L'imagination peut porter, à elle seule, le stress à son paroxysme.

La communication non verbale est importante dans toute relation humaine, notamment dans la relation odontologue-patient, étant donné que précisément, le dentiste travaille dans la bouche et interdit ainsi l'usage concomitant de la parole. Le dentiste doit apprendre à comprendre cette communication infra-verbale, en s'appuyant sur ces quelques éléments. Le regard tout d'abord, qu'il soit terrorisé ou dans le vague, il peut nous informer sur la tension nerveuse du patient. Pendant que les mimiques expriment les émotions, la posture nous oriente sur l'état de détente du patient ; en effet, le patient qui s'accroche aux accoudoirs n'exprime pas exactement la même chose que celui qui a entamé une sieste. La gestualité peut nous indiquer un niveau d'anxiété : si le patient est agité et présente plein de tics on commencera sûrement par prendre un peu de temps avec lui. La distance physique du patient avec le dentiste et sa présentation vestimentaire sont autant d'indices pour le thérapeute qu'il lui faut noter pour élaborer un profil psychologique de son patient. Le ton et le timbre de la voix, lorsqu'il peut discuter, en début et fin de séance, sont aussi d'excellents indicateurs de l'état émotionnel du patient.

Nous aborderons la communication verbale dans le cadre d'une communication efficace et du langage hypnotique.

1-3-2. L'environnement

L'accueil par l'assistante est le premier contact avec le cabinet, il est donc déterminant, non seulement pour la représentation que se fera le patient des soins dentaires, mais aussi pour distraire et détendre le patient anxieux. 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 important et pourra renforcer l'anxiété. De la même manière, l'atmosphère régnant dans le cabinet, autant dans le rythme de travail que dans l'entente entre le praticien et l'assistante, sera plus ou moins anxiogène pour le patient. En effet, un cabinet où tout va vite et où le praticien et l'assistante sont « stressés » et fatigués ne sera pas propice à la détente du patient sous tension qui se sentira agressé et incompris.

L'agencement du cabinet dans ces formes et dimensions n'est pas anodin. Trop grands, les espaces peuvent être effrayants et trop petits, oppressants. Une aération correcte est nécessaire pour éviter une impression d'étouffement et d'oppression.

La salle d'attente peut représenter, pour les patients « stressés », le lieu de l'attente anxieuse (lorsque les minutes paraissent des heures). Raccourcir au maximum l'attente est donc un élément déterminant pour diminuer l'anxiété et l'évitement des rendez-vous. Un décor sobre et apaisant de cette salle incitera le patient à faire des associations relativement agréables plutôt que de « cogiter » sur son angoisse. On rendra donc cette pièce au maximum confortable, lumineuse, isolée et pourvue de toutes sortes de lectures (pas seulement sur les sujets de passion de la famille du dentiste). C'est bien sûr le praticien qui viendra, en personne, chercher le patient dans la salle d'attente pour le guider vers la salle de soins.

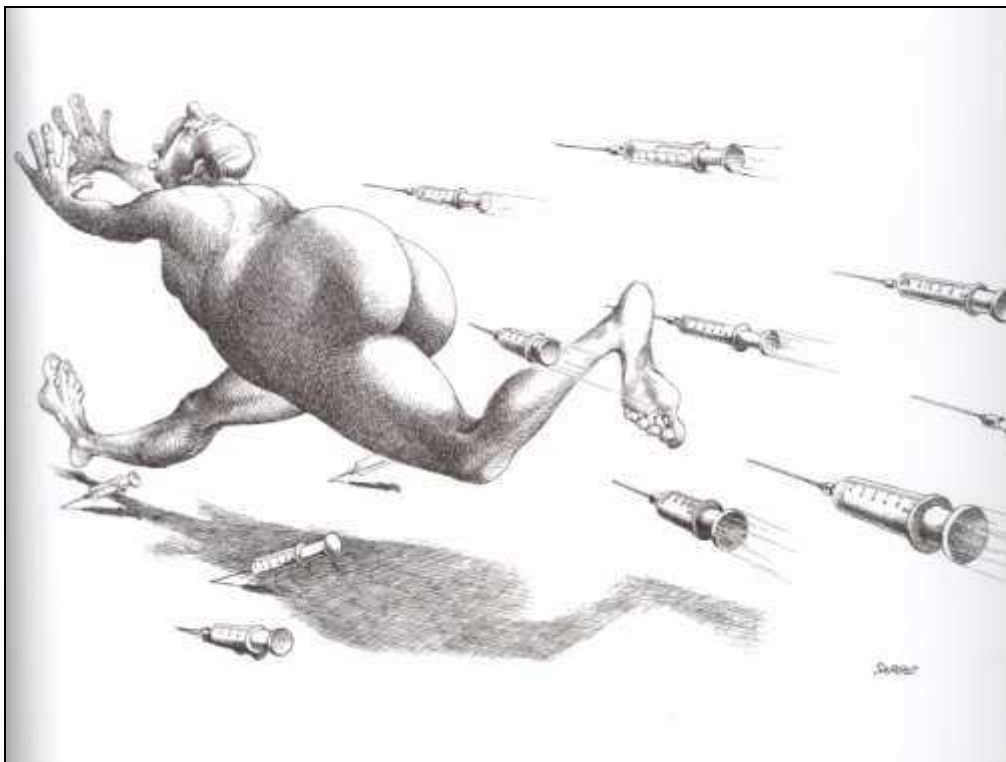
La salle de soins peut être le lieu de projection de tous les fantasmes et angoisses des patients. Dans un premier temps, le patient anxieux observera cette pièce à la recherche d'éléments effrayants justifiant son angoisse. On cherchera donc, tout d'abord, à diminuer au maximum les couleurs agressives afin d'opter pour des couleurs chaleureuses et apaisantes ainsi qu'un éclairage pouvant allier les nécessités fonctionnelles et une ambiance relativement détendue. Ensuite, il semble primordial de garder soigneusement ranger, à l'abri des regards, tous les instruments tranchants, seringues, daviers, qui sont des symboles de douleur et d'agression. Un cabinet ordonné et muni d'un équipement récent et propre aura tendance à mettre le patient en confiance. Tout l'agrément de la salle de soins (appareillages silencieux, musique...) peut ainsi agir comme des conditionnements relativement « agréables » susceptibles de diminuer l'angoisse. Le « bruit de la roulette du dentiste » comme les « odeurs de dentiste » stimule l'imagination et peuvent être à l'origine d'un stress important, c'est pourquoi on optera au maximum pour un équipement silencieux, une bonne isolation sonore, et une aération efficace.

Le cabinet dentaire étant favorable à la projection des angoisses des patients, il est important de jouer sur un aménagement optimal afin de diminuer l'anxiété.

1-3-3. Les actes thérapeutiques

Le fraisage sur dent vivante et l'anesthésie sont les deux procédures opératoires associées à la douleur dans l'esprit des gens. Celles-ci provoquent ainsi une peur anticipée de la souffrance.

Le fraisage sur dent vivante peut provoquer un niveau de stress important car le patient reste en alerte par peur de la douleur, sous le contrôle du praticien. L'anesthésie représente, pour beaucoup de patients anxieux, un acte terrifiant. Ce n'est pas tant la douleur réelle au moment de l'insertion de l'aiguille qui est facteur d'angoisse mais plutôt la projection mentale de l'acte lui-même, et de toutes les représentations qu'on en fait.



D'après l'ouvrage « Hommes en blanc et humour noir » de Serre, [38].

1-4. Prévalence de l'anxiété du patient

La peur du dentiste, ou de certains aspects des traitements dentaires, affecte une proportion significative de personnes, de tous les âges et de toutes les classes sociales. Dans une enquête de 1977 réalisée par Schulte W. éditée sous le titre « Das Ansehen unseres Standes der Schmerz-, Angst-, Anästhesiekomplex- vor zehn Jahren und heute » [18], 79% des sujets questionnés se souvenaient d'un moment particulièrement douloureux et désagréable au cours d'un soin. La cause déclenchante était pour 83% une extraction dentaire et dans 15% des cas, le fraisage. Pour 50% des sujets ayant déjà subi une anesthésie, la piqûre avait été un élément gênant et pour 34% d'entre eux, la sensation naissante de l'anesthésie représentait un élément désagréable. 35% ont mentionné avoir ressenti des douleurs malgré l'anesthésie et 10% avoir eu des malaises à la suite de l'injection.

Les études épidémiologiques de Hällström T, Halling A, et de Locker D et coll. montrent que la prévalence de l'anxiété dentaire se situe entre 4 et 20 % indépendamment de la population, de la culture ou du pays. Cette même prévalence est plus élevée chez les jeunes et diminue avec l'âge, selon l'étude de Hagglin C et coll. « Par ailleurs, les études indiquent que dans un groupe de sujets très anxieux, la proportion de sujets évitant les soins est inférieure à un tiers. Ces données permettent d'estimer la prévalence de la phobie dentaire à environ 3% de la population adulte » [39].

Plusieurs études ont cherché à évaluer les effets de l'anxiété et de l'évitement des soins sur la santé bucco-dentaire. La prévalence carieuse est augmentée chez les patients dont le niveau d'anxiété est élevé comme chez les patients ne consultant pas régulièrement. On observe davantage de dents absentes, de caries et de parodontopathies chez les patients évitant les soins. Selon ces études, les patients odontophobiques auraient « une mauvaise qualité de vie, avec des taux de chômage, d'arrêts de travail pour maladie, de symptômes psychosomatiques et d'effets sociaux négatifs significativement plus élevés » [39], d'après les études de Berggren U, celles de Bedi R et coll., et celles de Schuller AA et coll.

Des données statistiques rapportées des Etats-Unis par Albou JP dans la publication « Les clés du succès pour un travail sans douleur. », 1980, [18] indiquent que 60% de la population négligent l'entretien des dents par crainte de la douleur. Ainsi, la peur abaisse le seuil de la douleur, joue un rôle dans la fixation de certaines douleurs, et par là même dans la non compliance aux traitements et prescriptions. En dentisterie, nous sommes davantage

confrontés à la peur du traitement (89% des cas), qu'à la peur de la maladie et de son évolution (2% des cas) selon les données publiées par Levitt EE dans « The psychology of anxiety », 1971, [18]. 65% des gens qui n'ont pas « peur du dentiste » se font contrôler régulièrement, contre seulement 49% de ceux qui en ont peur.

2) L'anxiété du praticien

2-1. Le stress professionnel

Selon Gautier I. [14], le stress professionnel, particulièrement important en pratique odontologique, aurait pour origine une « distorsion entre l'organisation du travail et [les] propres ressources » du chirurgien dentiste. En effet, les agents stressants sont multiples en odontologie et le dentiste y est soumis en continu. Ce stress peut se manifester de différentes manières selon les cas, du sentiment d'inquiétude en passant par un certain degré d'anxiété, voire d'angoisse, à la fatigue physique. Ces tableaux se voient souvent compliqués de troubles du sommeil, parfois même aggravés de maladies professionnelles comme les troubles rachidiens, des pathologies cardiovasculaires qui augmentent encore le niveau de stress [18], [29], [33].

Il est notoire que la plupart des chirurgiens dentistes accusent une certaine fatigue physique et nerveuse contre laquelle ils tentent de lutter au quotidien. Pourtant, la fatigue, qui est un « moyen d'évitement ou de protection des problèmes quotidiens, [...] constitue le premier signe d'alarme de la désadaptation » [33]. Nous en connaissons d'ailleurs tous l'évolution, de l'irritabilité, en passant par l'agitation, le surmenage, jusqu'à l'effondrement. Le travail du dentiste est le plus souvent très minutieux, celui-ci exige en effet des gestes précis et calmes qui demandent au praticien une attention sensorielle, visuelle et manuelle continue. La fatigue physique engendrée par cette attention psychosensorielle continue est très liée, voire indissociable, des notions de fatigue nerveuse et de stress. En effet, une fatigue physique va entraîner une fatigue nerveuse, donc une irritation et un stress. Le contraire est également valable : le stress peut engendrer des problèmes physiques et sensoriels. Ainsi, toute l'organisation de travail du praticien est bien concernée, lorsque l'on cherche à réduire les éléments concourant à la fatigue du dentiste, pour approcher une pratique équilibrée entre les satisfactions et les difficultés.

A ce jour, les agents stressants potentiels, liés à la matérialité de la pratique, sont bien établis. On travaille d'ailleurs déjà sur ces différents éléments afin d'améliorer les conditions de travail du chirurgien dentiste. A l'inverse, les facteurs psychiques et relationnels posent plus de problèmes quant à leur identification. D'après Ruel-Kellermann [33], le stress majeur du chirurgien dentiste reposerait sur le fait que le savoir et la pratique de la dentisterie sont séparés par une réalité émotionnelle. En effet, si la technique est l'objet d'un enseignement, l'émotion est une réaction qui appartient à chacun en propre et qu'il incombe à chacun de gérer avec sa personnalité et ses enjeux personnels.

Avant d'exposer les différents agents stressants, il paraît important de mentionner que selon l'enquête de Ruel-Kellermann [33], les satisfactions de la pratique odontologique, notamment « les sentiments d'indépendance et d'affirmation de soi semblent compenser toutes les difficultés ». A l'évidence, les dentistes trouvent de nombreuses satisfactions qui leur permettent de s'accommoder des différentes difficultés rencontrées.

2-2. Les agents stressants

2-2-1. Les facteurs physiques

Les différents facteurs entrant en jeu dans le stress professionnel sont les suivants. Tout d'abord, la répartition de la charge de travail qui est un élément déterminant de la gestion dans la fatigue. Elle comprend la durée moyenne des rendez-vous et le temps de travail hebdomadaire. Evidemment, plus la durée des rendez-vous est courte plus le stress est important et, de la même manière, plus le temps de travail hebdomadaire est important plus il y aura de stress. D'après l'enquête de Flourent J. [11], réalisée dans le cadre de sa thèse d'exercice en chirurgie dentaire intitulée « A propos du stress du chirurgien dentiste. Analyse statistique. », 77,2% des dentistes ayant des rendez-vous d'une durée inférieure ou égale à 30 minutes sont sujets au stress, contre 25% qui consultent plus de 30 minutes. Les dentistes font partie des professions libérales et de ce fait n'ont aucun cadre légal qui définit leurs conditions de travail. Le problème est que l'accroissement actuel de la charge de travail, a le plus souvent pour corollaire, une diminution du temps de détente et de formation impliquant une augmentation de la fatigue nerveuse.

L'aménagement du cabinet est un autre élément conditionnant le confort de travail. Il inclue notamment l'éclairage, l'insonorisation, la température et l'ergonomie. Un éclairage adéquat serait idéalement intra-buccal afin d'éclairer sans éblouir. Il est primordial d'éviter tout contraste de lumière dans la zone de travail, afin de ne pas provoquer de fatigue visuelle et de stress. Pour cela, le mieux actuellement, est un plafonnier imitant la lumière du jour et compensant les variations durant la journée.

Le bruit, quelles qu'en soient l'intensité et les caractéristiques, constitue une gêne. L'odontologiste est soumis à de nombreuses vibrations sonores et ultra-sonores (téléphone, turbine, aspiration, détartreur, compresseur...) qui sont nocives pour son oreille interne. Selon une enquête menée par l'académie nationale de chirurgie dentaire, 40% des praticiens interrogés déclaraient être handicapés par des problèmes auditifs [15]. Un niveau sonore important peut provoquer différents effets négatifs pour ceux qui y sont soumis en continu, notamment, la fatigue auditive, l'effet de masque (assourdissement général), la diminution des performances psychosensorielles, et parfois même, des troubles du sommeil.

La température et le taux d'humidité de l'air ambiant rejoignent la notion de confort. Une température de 18°C à 21°C convient pour une activité semi-sédentaire et une humidité relative de 40 à 60%.

L'aménagement architectural du cabinet doit être conçu de manière rationnelle, pour permettre un exercice confortable et dans le respect de la législation. Il doit être ergonomique, c'est-à-dire permettre aux personnes de se déplacer sans obstacle, avec un accès facile aux différents matériels et équipements. Un tel cadre est propice à un travail de qualité et à l'épanouissement de chacun dans sa tâche. L'atmosphère et l'ambiance dégagées par la décoration intérieure sont aussi primordiales pour le bien-être du praticien.

L'équipement sera aussi choisi dans un souci ergonomique, notamment le fauteuil et l'informatique. La posture même du praticien peut aggraver son stress : statique, debout ou en position latérale droite déséquilibrée, elles ne favorisent pas la circulation du sang et peuvent être à l'origine d'un stress physique supplémentaire [18].

2-2-2. Les facteurs psychiques et relationnels

L'enquête de Ruel-Kellerman [33] concernant la vie psychique des chirurgiens dentistes fait ressortir deux préoccupations majeures : la douleur et les enjeux financiers. Le dentiste est en effet confronté à la douleur, ou du moins à la peur de souffrir de ses patients au quotidien, ce qui, par résonance émotionnelle, renvoie à une certaine culpabilité. Ainsi le dentiste doit d'une part, gérer son propre stress mais aussi celui de ses patients, ce qui lui demande un effort supplémentaire de maîtrise de soi. En ce qui concerne l'argent, plusieurs éléments se mêlent. Le fait que la décision thérapeutique soit très largement influencée par les honoraires et les moyens financiers des patients est bien souvent un stress réel de frustration aussi bien pour les patients que pour le praticien. Pris entre les incidences sociales et financières, les dentistes éprouvent souvent un malaise ou des difficultés à affronter le recouvrement des honoraires qui est la source même de leurs revenus. Par son inévitable négociation, l'aspect commercial semble aussi pour certains dévaloriser le caractère thérapeutique et hautement clinique des soins dentaires.

Dans son enquête, Ruel-Kellermann [33] aborde les difficultés du début d'exercice : « sentiment d'isolement et de solitude, peur de l'échec, peur devant certains actes chirurgicaux, peur de faire mal, crainte du lendemain, de la responsabilité professionnelle et familiale, travail excessif, tension permanente, surmenage, tout cela traduit ou provoque l'anxiété du praticien ».

Le rôle de l'assistante dentaire est essentiel pour un fonctionnement serein et harmonieux du cabinet. Elle permet d'optimiser le temps et d'améliorer la qualité des soins. Un praticien peut difficilement assurer seul la réception, le secrétariat, la préparation de la salle, la stérilisation, la gestion du stock, les commandes, le nettoyage du local, les plans de traitements... sans dépenser une énergie folle !

2-3. Prévalence de l'anxiété du praticien

L'enquête conduite par Flourent J. [11], citée précédemment dans le chapitre « Les agents stressants », présente les résultats suivants : parmi les praticiens consultant durant des temps des rendez-vous inférieur ou égal à 30 min, 77,2% d'entre eux sont stressés, contre seulement 25% de ceux consultant sur des durées supérieur à 30 min ; 65,4% de praticiens travaillant 3,5 jours ou moins sont satisfaits de la répartition de travail, contre 77% de ceux qui travaillent 4 jours ou plus. ; 25,5% des praticiens travaillant en ville se disent stressés; 50% des praticiens ayant une assistante dentaire sont stressés par la relation patient-praticien, pour 58% des praticiens travaillant seuls.

Temps de RDV inférieur ou égal à 30 min	Temps de RDV supérieur à 30 min
77,2% de praticiens stressés	25% de praticiens stressés

Inférieur ou égal à 3,5 jours	Supérieur ou égal à 4 jours
65,4% de praticiens satisfaits de la répartition de travail	77% de praticiens satisfaits de la répartition de travail

Ville	Campagne
25,5% des praticiens sont stressés	0% des praticiens sont stressés

Avec assistante	Sans assistante
50% des praticiens sont stressés par les relations	58% des praticiens sont stressés par les relations

I – GENERALITES

1) Introduction

Etant donné le retentissement psychologique que revêt la cavité orale, il n'est pas étonnant que de puissants mécanismes complexes soient déclenchés dans le cadre des soins dentaires. Dans l'exercice de sa profession, le chirurgien dentiste est amené à travailler en permanence dans cette zone hautement chargée émotionnellement. C'est pourquoi, il peut être amené à travailler tout au long de la journée auprès de personnes anxieuses et particulièrement crispées par le contexte. Rien de surprenant à ce que cette situation puisse causer un stress prolongé au dentiste, pouvant aller jusqu'à altérer la qualité de ses soins et le bien être de l'équipe soignante [5], [42].

Ainsi, l'anxiété peut être source de problèmes tant pour le patient que pour le praticien. L'hypnose peut alors apporter une réponse, que ce soit pour les problèmes d'angoisse modérée ou pour les phobies avérées [37].

2) Les chirurgiens dentistes dans l'histoire de l'hypnose

Très tôt les chirurgiens dentistes se sont intéressés à cet outil. L'anesthésie chimique n'étant qu'à ses débuts au milieu du XIX siècle, ils commencèrent à s'y intéresser pour l'une de ses premières applications : l'hypno-analgésie [42]. Voici un résumé succinct des principales étapes de l'utilisation de l'hypnose en odontologie.

Dès 1837, Jean-Victor Oudet extrait une dent sous hypno-analgésie.

En 1847, l'exérèse d'une tumeur est réalisée avec pour seule anesthésie, l'hypnose.

En 1890, deux chirurgiens dentistes anglais effectuent une extraction sous hypno-anesthésie devant une assemblée médicale.

En 1927, le psychologue américain, Thomas Burgess, commence à enseigner l'hypnose en odontologie.

En 1948, la Société américaine pour l'avancement de l'hypnodontie est créée, puis la Société américaine d'odontologie psychosomatique apparaît en 1949.

En 1958, l'Association médicale américaine reconnaît officiellement l'hypnose comme technique thérapeutique en médecine et odontologie, et recommande son enseignement dans le cursus médical. La « British Society of Clinical Hypnosis » est créée la même année.

En 1970, le premier livre en français consacré à l'hypnose en odontologie est publié : « L'hypnosoprologie en art dentaire » des docteurs Cherchève et Berranger.

En 1971, c'est « l'Australian Society of Clinical and Experimental Hypnosis » qui est créée. Puis vient en 1973, « l'International Society of Clinical and Experimental Hypnosis ». Elle réunit toutes les sociétés d'hypnose du monde dont les membres sont exclusivement des médecins, psychologues et chirurgiens-dentistes. L'enseignement et la recherche sur l'hypnose prennent leur essor à partir de ce moment-là.

Depuis 1991, l'université de Sheffield propose des cours d'hypnose clinique, il existe même des cours d'hypnose appliquée à Londres depuis 1993.

D'après l'étude de Clarke J.H. [8], 26% des écoles dentaires des Etats-Unis et du Canada assurent une formation en hypnose clinique d'une quinzaine d'heures en moyenne. « Le nombre d'écoles dentaires présentant une brève introduction à l'hypnose (une à deux heures) est passé de 18% en 1960 à 30% en 1995 » [42].

3) Indications de l'hypnose en odontologie

3-1. L'anxiété

L'indication principale en médecine dentaire est la prise en charge des patients anxieux. La peur dépasse souvent leur seule volonté et induit des réactions de défense, telles que des nausées, sentiment d'étouffement, toux nerveuse, hypersalivation, transpiration, tensions musculaires... [40]. L'hypnose s'adresse donc principalement à ces patients « stressés », anxieux ou angoissés, notamment dans le cadre de soins minutieux, douloureux ou nombreux. Elle présente aussi l'avantage de faciliter les séances ultérieures [2], [29].

En outre, cette approche renforce l'alliance thérapeutique et permet d'obtenir l'entière coopération du patient. Non seulement le dentiste n'ignore pas leur crainte, mais leur propose même de la prendre en charge. En effet, les patients peuvent paraître tout d'abord surpris, puis peut-être intéressés, lorsque leur dentiste leur propose une technique de relaxation pour les aider à apprendre à dompter progressivement cette angoisse [7].

3-2. Autres indications

Le chirurgien dentiste peut ensuite travailler sur différents points :

- ✓ Contrôle des lipothymies ou évanouissements
- ✓ Relâchement musculaire
- ✓ Contrôle de la salivation et des hémorragies
- ✓ Contrôle du réflexe nauséux
- ✓ Préparation aux anesthésies ou utilisation d'une analgésie. La douleur ne justifie pas aussi fréquemment l'utilisation de l'hypnose, qui représente cependant une excellente alternative dans les cas où les anesthésiques habituels sont déconseillés ou pour diminuer la quantité d'analgésiques employée.
- ✓ Diminution des douleurs post-opératoires
- ✓ Amnésie, distorsion temporelle de l'intervention
- ✓ Soulagement des syndromes douloureux chroniques comme les algies faciales
- ✓ Traitement des habitudes orales inappropriées telles que le bruxisme, les tics, succion du pouce, onychophagie... [7], [32], [42].

4) Limites et contre-indications de l'hypnose en odontologie

Les effets bénéfiques et les possibilités qu'offre l'hypnose sont de loin supérieurs aux inconvénients et risques de celle-ci. Une formation correcte en hypnose permet de l'utiliser de manière responsable en toute sécurité [34].

4-1. Aspect médico-légal

L'hypnose est un acte médical qui ne doit être pratiquée que par des praticiens sérieusement formés et dans le cadre exclusif de leur spécialité. Les limites des compétences du thérapeute sont une barrière à ne pas dépasser [29].

4-2. Pièges liés au praticien

Il s'agit de savoir se tenir à son cadre de compétences. Dans le cas d'un patient ayant vécu cette nouvelle expérience comme une révélation et demandant au chirurgien dentiste de résoudre un problème non lié aux dents mais plus à un état nerveux général, il incombe au praticien de recadrer les objectifs de ses interventions avec le sujet. Le chirurgien dentiste doit être capable de savoir, d'un point de vue éthique et moral, quelles personnes il peut aider, les autres seront orientées vers des psychothérapies et hypno-analyses qui dépassent son champ de compétences [7].

Il est intéressant ici de se demander pourquoi la pratique de l'hypnose n'est pas plus courante en médecine dentaire ? Plusieurs axes se dégagent alors :

- ✓ Les praticiens estiment résoudre de manière satisfaisante les situations cliniques difficiles.
- ✓ Ils ont l'habitude de travailler de manière concrète avec des résultats visibles et quantifiables. Les méthodes psychiques ne sont pas aussi prévisibles et leur succès reste incertain.
- ✓ Le temps nécessaire lors de la première induction n'encourage pas à cette pratique même s'il y a un gain de temps certains sur les séances suivantes.
- ✓ Le scepticisme des gens devant l'hypnose retient plusieurs praticiens mettant en doute le sérieux du procédé qui risque de porter préjudice à leur réputation [40].

4-2. Pièges liés au patient

La puissance de la technique ainsi que les phénomènes qui y sont liés peuvent exceptionnellement représenter un risque. « La dissociation, qui est l'un de ces phénomènes, peut prendre des formes graves chez des personnes prédisposées avec problématique psychiatrique (troubles dissociatifs) et peut conduire à une déstructuration de la personnalité »

[30]. Certains patients perdent le sens de la réalité, d'autres utilisent cet état pour laisser exprimer des pulsions particulières, d'autres s'y accrochent car apprécient l'imaginaire ou la régression.... Il convient donc de prêter une attention particulière aux patients ayant été internés dans un service de psychiatrie. Seulement quelques rares cas de névroses latentes ont été décrits. Il est donc classiquement dit que l'hypnose est contre-indiquée chez les patients présentant les troubles suivants : prépsychose, psychose (paranoïa, psychose maniaco-dépressive, schizophrénie) et dépression profonde [40].

5) La technique

5-1. Pièges liés à la technique

Au cours d'une séance d'hypnose faite « dans les règles de l'art », il est possible de provoquer ce qu'on appelle des « abréactions » qui sont des sortes de décharges émotionnelles fortes. Dans un tel cas, le praticien doit s'en inquiéter et s'assurer de ramener le patient à un état émotionnel plus stable par les techniques éprouvées, sous peine de laisser le sujet dans un état de confusion et de désorientation. Même si tout finit par rentrer dans l'ordre, il persiste inconsciemment un vécu émotionnel particulièrement insécurisant qui peut venir compliquer les séances suivantes [37].

5-2. Le choix de la technique en fonction des patients

Selon l'impact de l'anxiété sur le comportement du sujet, on distinguera trois « catégories » de patients. Cette classification est certes restrictive et simpliste, mais elle permet ici de clarifier la démarche clinique en deux approches principales. :

- ✓ Les patients n'ayant aucune appréhension.
- ✓ Les patients n'ayant pas d'anxiété particulière, ou qui parviennent à la dominer, pour les soins courants.
- ✓ Les patients très anxieux, pour qui l'angoisse des soins dentaires peut être à l'origine d'un évitement des soins.

Dans le premier cas, on peut se passer de l'hypnose. Dans le second, on pourra faire appel à de l'hypnose conversationnelle ou informelle, voire à des séances d'hypnose pour des soins plus spécifiques. La troisième catégorie de patients nécessite une attention particulière et la mise en place d'un cadre sécurisant ; pour ceux-la, on fait de véritables séances d'hypnose.

II – ASPECTS PRATIQUES DE L’HYPNOSE EN ODONTOLOGIE

1) L’hypnose au service du patient

1-2. Accueil des patients

Avant toutes choses, il convient de rappeler que tous les éléments potentiellement anxiogènes au sein du cabinet doivent être pris en compte par le chirurgien dentiste, afin de préserver au maximum ses patients. Ainsi, comme nous l’avons détaillé dans le chapitre précédent sur les « Etiologies de l’anxiété », le praticien doit être extrêmement attentif à l’agencement du local, de la salle d’attente, à la décoration, à la durée de l’attente, aux bruits, aux odeurs, à l’équipement, au matériel apparent...

Le premier contact du patient avec le cabinet est établi au moment de l’accueil, celui-ci demande donc une attention particulière. L’équipe soignante se doit d’accueillir et de prendre en charge chaque patient comme s’il était unique. Pour cela, il incombe tout d’abord à l’assistante de l’accueillir le plus chaleureusement possible et de manière détendue avant de le guider vers la salle d’attente, en lui indiquant éventuellement le délais d’attente ou le fonctionnement du cabinet en cas de première consultation. Cette salle doit être confortable, paisible, isolée et dénuée, au maximum, de toute ambiance trop « médicalisée ». Lorsque le praticien est amené à passer dans la salle d’attente, il peut lui signifier en quelques mots, qu’il a bien noté sa présence. Quelques mots simples suffisent comme : « Bonjour, vous êtes ponctuel M. M., c’est parfait, j’en ai pour deux minutes et je suis à vous, veuillez vous mettre à l’aise ». Ainsi, le patient sait qu’il est pris en charge, qu’il va patienter quelques instants, que cela ne sera pas long et qu’ensuite, le praticien s’occupera exclusivement de lui. Cette attitude suggère que le praticien est ponctuel, qu’il connaît ses patients, qu’il est détendu et par conséquent, qu’il maîtrise les soins qu’il propose ainsi que la durée de ceux-ci. Le patient peut donc se détendre en patientant quelques instants.

Lorsqu’il est prêt et le plus ponctuellement possible, le praticien lui-même invite le patient à passer en salle de soins. Le chirurgien dentiste doit s’inscrire dans la continuité de l’ambiance sereine de l’accueil de par son attitude ainsi que véhiculer une image de calme et

de maîtrise de lui-même par un comportement approprié et une parfaite connaissance des techniques qu'il propose. Dans ce cadre, il peut être à l'écoute et évaluer le degré d'anxiété et le type de personnalité de son patient afin d'adapter sa prise en charge. Au-delà de la verbalisation des peurs, une foule de détails dans le comportement et l'attitude de celui-ci sont 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 [7]. Le dentiste doit rapidement savoir reconnaître à qui proposer un traitement avec un accompagnement sous hypnose.

1-2. Hypnose conversationnelle

Pour les cas d'anxiété légère ou d'intervention peu douloureuse, il suffira d'employer l'hypnose sous forme de conversation banale. Il s'agit d'intégrer l'hypnose dans le langage habituel de communication. Elle est alors utilisée comme un moyen global de communication. Dans ce cas, l'induction n'est pas nécessaire car cette technique utilise la capacité naturelle du sujet à entrer en transe spontanément, ainsi le praticien atteint le résultat escompté en proposant simplement quelques suggestions précises. Quelque soit le « tricot » [24] de suggestions employées par le dentiste, elles se rejoignent sur deux principes : elles proposent une approche positive du patient et une influence relaxante de la part du praticien vis-à-vis des soins [37].

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, tandis que sa 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 [26]. 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 vous dites à votre patient que « ça ne fera pas mal », il entend : « ça fera mal », au même titre que si on vous demande explicitement : « Ne pensez pas à une pomme rouge ». A quoi pensez vous alors ? Ainsi, le thérapeute restera vigilant aux nombreuses phrases courantes telles que : « N'ayez pas peur », « Ne vous inquiétez pas », « Vous n'aurez pas mal »... On les remplacera par des expressions du type : « Tout ce passera pour le mieux » ou « Vous ressentirez différentes sensations, peut-être des vibrations, peut-être une pression ou d'autres choses encore... ». Le praticien doit s'assurer que le patient est bien focalisé sur les soins réalisés en bouche par exemple s'il s'agit d'une suggestion destinée à arrêter le saignement et doit être convaincu que la suggestion émise va effectivement influencer la suite [37]. Il est 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 partira sur cette note positive, en se disant que « ce n'était vraiment pas si terrible en fait... »

Il est possible d'utiliser différentes techniques hypnotiques en hypnose conversationnelle. Par exemple, les métaphores utilisationnelles seront très efficaces même sans induction de transe. Lors de l'entretien avec un patient très anxieux, il peut être intéressant d'aborder le problème en lui demandant de localiser cette angoisse dans son corps. Puis il peut tenter de la décrire, quelle est sa forme, sa couleur, quels bruits l'accompagnent... Travailler sur les représentations de l'anxiété en en changeant peut être un élément ou deux est déjà un début de changement.

1-3. Hypnose formelle

1-3-1. L'entretien initial

La première partie de l'anamnèse sera réalisée comme pour tout acte dentaire [29]. Ensuite, il s'agit de cerner le problème et son origine et pour le praticien d'évaluer la capacité

du patient à résoudre son problème et discuter des moyens et outils à mettre en œuvre [37]. Lorsqu'il est décidé d'utiliser l'hypnose, le praticien peut être confronté à deux situations :

- ✓ Le patient sait que le praticien utilise l'hypnose avec succès et s'attend à être soigné de la sorte. Dans ce cas, la réputation du dentiste agit comme une suggestion indirecte et le sujet est donc considéré comme *a priori* réceptif.
- ✓ Le patient ne connaît pas l'hypnose. Il est alors recommandé et souhaitable de la préparer en lui expliquant de quoi il s'agit, les processus, et succès possibles. Le praticien amène donc le patient à un état de réceptivité suffisant pour l'induction [40].

Dans tous les cas, 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 total de celui-ci. Bien sûr, l'opérateur peut choisir de ne pas présenter cet outil sous le terme « hypnose » afin de prévenir le scepticisme de certaines personnes. Il parle alors de « relaxation » ou de « training autogène ».

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), et l'imprégnation du monde du sujet par le thérapeute. C'est le temps de la synchronisation et de l'ajustement du praticien sur le patient. Dans le cadre des soins dentaires, 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 thérapeute présente ensuite l'environnement au sujet, puis permet l'interruption, et s'assure du confort du patient en vérifiant que tout se passe bien.

Le chirurgien dentiste décrit alors les différentes séquences du ou des soins à réaliser pendant la séance.

Dans la plupart des situations, une simple expérience de confort dans le lieu sûr ou le souvenir agréable suffit à procurer un vécu confortable des soins dentaires. Pour certains patients, plus anxieux ou présentant d'autres troubles associés, le praticien pourra être amené à utiliser d'autres techniques qui sont abordées dans le chapitre sur la phase thérapeutique.

1-3-2. L'induction

A l'issue de cet entretien préliminaire, le patient est convié à s'installer « le plus confortablement possible pour lui » dans le fauteuil, sans qu'il soit question de soins dentaires dans un premier temps [7]. L'induction a lieu par focalisation comme nous l'avons déjà vu, et peut se réaliser de différentes manières [37].

Une technique fort utilisée est celle de la relaxation progressive. Grâce à la décontraction progressive des différentes parties du corps, on obtient spontanément un état de transe légère que l'on peut ensuite intensifier [37]. Quand cette approche est retenue, le patient est invité à décroiser les jambes, une fois qu'il est confortablement installé dans le fauteuil, puis à placer les mains sur les cuisses, les coudes reposant naturellement sur les accoudoirs. Il est ensuite convié à se concentrer sur les muscles de son visage et à décontracter chaque groupe musculaire, le front, les paupières, la mâchoire, ... puis les épaules, les bras, les avant-bras... En quelques minutes, grâce à l'hypotonie ainsi créée, le poids de la main se fait sentir sur la cuisse. « Votre main est devenue lourde... totalement détendue... et va devenir chaude... agréablement chaude... ». En seulement cinq à dix minutes, le patient peut être dans un état de détente suffisant pour faciliter le traitement d'une manière confortable [7]. Une fois le sujet dans cet état paisible et agréable, l'opérateur peut approfondir la transe en lui proposant de compter ou de prendre un train.... [37].

Une autre manière d'induire la transe est d'inviter le patient à revivre une expérience positive ou à s'imaginer dans un endroit associé à des émotions agréables [42]. On peut alors imaginer un discours de ce type : « Pourriez-vous vous installer confortablement dans votre fauteuil...et...laisser vos yeux se fermer...et penser à une situation agréable...que vous avez déjà vécue personnellement...et qui vous a laissé de bons souvenirs...vous n'avez pas besoin de vous concentrer. ». Le praticien accompagne le sujet dans sa recherche et l'encourage à laisser venir des sensations agréables et de confort [29].

1-3-3. La phase thérapeutique

Le patient est désormais en transe, le dentiste peut donc aborder, progressivement et au rythme du patient, un travail plus précis sur le ou les problèmes gênant les soins. Pour un

patient anxieux, le praticien peut chercher à l'évaluer au moyen d'une « échelle des peurs », graduée de 0, correspondant à une décontraction totale, à 10, qui serait la peur la plus terrifiante du patient. Cette échelle présente plusieurs intérêts, notamment ceux de quantifier la peur du sujet et d'en suivre l'évolution au cours des soins et du temps.

Une approche intéressante consiste à commencer le travail en hypnose conversationnelle, en demandant au patient de décrire et de localiser son angoisse. Ceci afin de modifier un à un quelques éléments de cette peur dans le but de la rendre plus acceptable pour celui-ci. Ces changements sont opérés alors que le patient est en transe et dans une situation qui lui est confortable, grâce à un travail préliminaire sur la sécurité. Le thérapeute dispose de différentes techniques pour travailler sur l'anxiété du sujet mais une chose reste primordiale : le vécu confortable et sûr du sujet.

Les métaphores

La métaphore est un outil très intéressant concernant l'anxiété, car essayez de demander explicitement à quelqu'un de nerveux de se détendre, cela peut s'avérer d'une « efficacité redoutable » ! Grâce aux métaphores, contes ou anecdotes, on contourne le problème en faisant passer le message, sans réellement le dire. Raconter une histoire à un enfant qui traîne toute l'angoisse des soins dentaires de ses parents en leur présence, peut aussi être une manière indirecte de leur adresser un message.

Pour illustrer ces propos, on citera ici un conte intitulé « Le Magicien des Peurs », inspiré de Jacques Salomé [35] dans sa conférence sur le développement personnel qu'il a nommée « Contes à guérir, contes à grandir ».

« 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 peurs 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 par 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 autre métaphore est intéressante dans les cas de patients très nerveux : la métaphore du « Tiroir fermé » de Brian M. Alman, Ph.D. [9].

« Don est représentant pour un grand imprimeur. De nombreuses circonstances au cours de la journée font naître le stress et les tensions chez lui. [...] « La plupart des problèmes me tombent dessus quand je suis au bureau. Maintenant, j'ai sur le coté gauche de mon bureau un tiroir pour ces problèmes-là. » Ce que Don a fait, c'est qu'il s'est donné à lui-même des signaux, alors qu'il était en auto-hypnose, pour que chaque fois qu'un problème stressant pour lui apparaissait, il mette ce stress dans ce tiroir. [...] Une fois par semaine, il jette les vieux morceaux de papiers et fait de la place pour de nouvelles réactions calmes et relaxées. Il a aussi un dossier dans sa serviette pour les situations qui se produisent alors qu'il

est à l'extérieur. Peut-être voudrez vous adapter cette technique par vous-même. Choisissez un tiroir [...], faites de la place pour y déposer [...] votre stress [...]. Servez-vous de votre imagination et de visualisations pour renforcer l'impression de distance entre vous et le stress. »

L'opérateur peut imaginer des métaphores et contes à l'infini, en fonction de l'individualité de chaque patient. Dans le cadre de la pratique odontologique, la variété des problèmes rencontrés reste toutefois limitée, mais il appartient au praticien de varier au maximum ces techniques afin de diversifier sa pratique ou d'utiliser les mêmes histoires par souci de confort.

L'analgésie

L'appréhension de la douleur est déjà douloureuse ainsi, travailler à abaisser le seuil de la douleur réduit d'autant l'anxiété car elles sont toutes deux totalement intriquées. Lorsqu'à l'entretien préliminaire, l'évaluation de l'anxiété révèle l'angoisse de souffrir, il peut alors être intéressant de privilégier le travail sur l'axe de l'analgésie. Il existe plusieurs manières de créer l'analgésie, il appartient à l'opérateur de choisir la méthode avec laquelle il sera le plus à l'aise. On abordera l'analgésie différemment, selon à qui on s'adresse, un patient en douleur aiguë, chronique ou sans douleur.

Nous prendrons comme exemple la méthode suivie par Willemsen, [44] dans l'expérience dont les résultats sont consignés dans l'article « Techniques d'hypnose utilisées pour diminuer l'angoisse et la peur : revue de littérature ». Le thérapeute procède tout d'abord à une séance de relaxation au fauteuil. Puis, il invite le patient à retrouver une expérience ou un souvenir agréable dans lequel il lui fait ensuite imaginer tenir un glaçon entre le pouce et l'index de la main. « Peut-être ressentez vous déjà cette fraîcheur qui envahit la pulpe de vos doigts... Avez-vous conscience que cette sensation s'intensifie progressivement... peut-être que cette sensation devient plus froide encore ou se transforme en picotements ou en fourmillements... ». On continue comme cela jusqu'à ce que le pouce et l'index deviennent engourdis puis insensibles. La suite consiste à déplacer cette analgésie vers la zone voulue. On peut alors aider le patient à soulever le bras afin d'insensibiliser une région de la bouche du bout de l'index. Il est intéressant d'évaluer le niveau d'angoisse et de douleur avant, pendant et après l'intervention, au moyen d'une échelle analogique allant de 1 à 10. D'après

les résultats de l'expérience utilisant la méthode décrite précédemment, édités par Dr Willemsen, sur 34 patients anxieux, 26 sont entrés en transe soit 76,5%. Parmi ces 26 patients, le niveau d'angoisse est passé de 7,5 avant l'intervention à 2,1 après et le degré de douleur ressentie est resté minimal à 1,5. Pour les 8 autres patients, le niveau d'angoisse est passé de 9,5 à 7 et le degré de douleur est resté à 5,5. Ces résultats montrent bien la corrélation entre douleur et anxiété.

La régression dans le temps

Il s'agit là d'utiliser une technique d'exploration pour les peurs en rapport avec des expériences traumatiques antérieures comme par exemple une peur des piqûres liée à une anesthésie faite de force dans l'enfance. Ainsi, on remonte dans le temps afin de faire revivre au patient un traitement dentaire réussi, en lui indiquant les capacités et aptitudes qu'il utilisait pour cela comme la confiance en soi, la confiance envers le dentiste, le fait d'être détendu...

En guise d'exemple, nous présenterons la technique de Louis L. Dubin, D.D.S., Ph.D [9]. « J'aimerais que vous visualisiez un grand calendrier qui comporte les années en plus des mois et des jours. Et je voudrais que votre esprit soit comme un scanner qui explore les recoins de votre esprit et s'éclaire quand il atteint la période et l'incident qui a déclenché le problème. J'aimerais maintenant que vous superposiez à cette expérience le type d'expérience que cela peut-être, avec les techniques et les outils modernes, couplée avec le genre de praticien que vous apprécieriez, la manière qui serait confortable, sûre et rapide. Chaque fois que vous devrez affronter une technique externe ou invasive, cette nouvelle image qui se superpose va prévaloir et un sentiment nouveau de sécurité va vous saisir. »

Ancrage

Considérons ici le cas d'un patient anxieux, manifestant une anxiété générale, non envers un type de soin en particulier. Dans ce cas, on demande au patient ce qui lui serait utile, ce qui lui faudrait pour surpasser cette peur. S'il répond quelque chose comme du courage, l'opérateur lui demandera de se remémorer une situation où il a fait preuve de courage. Lorsque le sujet revit avec suffisamment de détails les émotions et sensations de ce souvenir, le thérapeute peut ancrer cette ressource dans un geste, une respiration ou autre

chose encore, afin que le patient puisse y faire appel quand cela est nécessaire pour lui [2], [37].

Suggestions post-hypnotiques

Très simples et permissives, elles sont adressées au sujet avant la réassociation. On peut imaginer une suggestion du type « La prochaine fois quand vous reviendrez... vous pourrez retrouver très rapidement... en vous installant dans ce fauteuil... les sensations de confort...et de calme...que vous avez pu trouver aujourd'hui » [42]. Ces suggestions sont donc données pendant la transe pour être réalisées après celle-ci. Le mécanisme de réalisation de la suggestion post-hypnotique est inconscient d'où sa supériorité par rapport aux prescriptions habituelles de tâches [26].

1-3-4. Réassociation et fin de séance

La réassociation est nécessaire pour un retour « vers le réel ». Le praticien doit toujours s'assurer, par une courte discussion en fin de séance, que le sujet est bel et bien sorti de l'état hypnotique. La manière la plus courte pour ramener le patient vers le réel est de la réassocier progressivement en fin de séance et de lui signifier ensuite qu'il peut revenir dans « l'ici et le maintenant » du cabinet. Si celui-ci ne réagit pas ou de manière trop lente, le dentiste peut aussi mettre fin à l'état hypnotique en redressant doucement le fauteuil [37].

1-3-5. Autohypnose

Quelque soit le problème traité, le chirurgien dentiste peut obtenir plus facilement la coopération de son patient en lui enseignant l'auto-hypnose qui se compose de plusieurs techniques permettant à chacun de pratiquer l'hypnose pour lui-même, à divers moments de la journée. Ainsi, le patient peut se mettre en auto-hypnose en une ou deux minutes pour les séances ultérieures, ce qui permet au praticien de commencer les soins sans avoir à induire la transe. De plus l'auto-hypnose renforce l'apprentissage, elle étend le confort aux séances suivantes ce qui les facilite grandement [42].

Le praticien peut enseigner les « cinq fusibles de protection et l'interrupteur de la mise en circuit » de l'autohypnose de Michel K rouac [19].

Le premier est celui de l'autorité interne, le fusible de la « protection de la dignité, de sa propre conscience et de son autorité interne ».

Le deuxième, est celui de la « protection en cas d'urgence due à une stimulation externe ou interne ».

Le troisième concerne la protection en cas d'abr eaction, ou de régression négative issues d'une stimulation externe ou interne.

Le quatrième fusible est celui du « temps et de l'espace ». Le sujet choisi la durée de l'autohypnose, 20, 30 minutes, ou 1 heure...

Le cinquième fusible concerne un ancrage physique de l'auto-hypnose, une respiration une pression digitale...

2) L'hypnose pour le chirurgien dentiste

2-1. Intérêts

Les praticiens dévoués et motivés qui subissent une charge de travail très importante courent un risque plus élevé de « burnout ». Le Dr Ronald Gorter le décrit ainsi : « le burnout est la résultante d'un stress lié à une sur-stimulation ou une sous-stimulation intellectuelle ou créative » [16]. Il peut se manifester par un stress chronique, un manque de récupération, des pertes de contrôle plus fréquentes ou encore un déséquilibre entre implication et rémunération...

Lorsque le chirurgien dentiste soigne, son champ de vision est rétréci à la cavité buccale, on peut dire qu'il est « focalisé ». En effet, le dentiste concentre son attention dans une zone limitée, ce qui correspond à la première étape de l'induction. Le praticien peut profiter, en même temps que le patient, des avantages d'une hypnose positive. Toutes les suggestions faites au patient opèrent également sur le praticien et l'aident à travailler de manière plus sereine.

L'hypnose offre beaucoup de perspectives positives au chirurgien dentiste. Elle lui permet entre autres de réaliser des soins parfois longs et pénibles dans des conditions plus

confortables. De plus, elle offre un éventail de méthodes de récupération pour se remettre d'un stress chronique. Elle favorise aussi la créativité et est donc un excellent antidote contre la monotonie d'un certain nombre de procédures routinières.

2-2. Autohypnose

En plus d'apporter calme et confiance au patient, l'hypnose est un vecteur de détente et d'harmonie pour le praticien. Elle lui permet d'exercer confortablement un travail fatiguant autant sur le plan physique et sensoriel, qu'émotionnel [29]. Pratiquer l'hypnose permet ainsi au chirurgien dentiste d'aller au-delà de la simple prise en charge somatique et des aspects techniques de sa profession afin de développer une approche plus globale et individuelle de chaque patient. En effet, dans la psychodynamique hypnotique, il est plus attentif au patient, à sa relation aux patients dans le quotidien et ainsi à son propre équilibre de vie [42].

Le dentiste peut donc aussi utiliser l'autohypnose pour lui-même, afin de lutter contre tous les agents stressants auxquels il est confronté. Cette technique lui permet de se relaxer très rapidement pendant une journée de travail, sans que cela n'entraîne de perte de temps. On peut imaginer une ou deux séances par jour d'une dizaine de minutes entre deux rendez-vous [29].

3) Pratique et cas cliniques

Il ne s'agit pas ici de se répéter, mais de se figurer une manière concrète de procéder en cabinet. En effet, l'hypnose qui sert d'accompagnement pour les soins dentaires n'est pas celle des cures thérapeutiques. Le chirurgien dentiste utilise le plus souvent l'hypnose « légère-moyenne », ce que Megglé nomme l'hypnose « simplifiée » (HS), la différenciant de l'hypnose profonde ou hypnose « totalement individualisée » (HTI). Cette dernière nécessite un entraînement plus long, alors que l'HS est plus facile à induire et peut s'accommoder de protocoles diversifiés. « En HS le sujet est à la fois « ici et ailleurs », alors qu'en HTI son « ici » est ailleurs » [4]. Il est beaucoup plus rare d'avoir recours à des techniques sophistiquées de cures thérapeutiques dans le but de réaliser des soins dentaires. La plupart du temps, le travail sur un lieu de sécurité ou l'hypno-analgésie s'avère satisfaisant.

3-1. Cas clinique n°1 : un patient phobique.

Un patient de 38 ans consulta un dentiste pratiquant l'hypnose, sur les conseils d'un psychologue, dans l'espoir d'en bénéficier pour ses soins dentaires. Il confessa alors à celui-ci qu'il n'a pas vu de dentiste depuis 25 ans bien qu'il ait conscience de l'état déplorable de sa bouche. Il raconta le handicap social que cela représentait pour lui. En effet, sa gêne était telle qu'il n'osait plus sourire et qu'il n'ouvrait que peu la bouche lorsqu'il parlait. De la même manière, il expliqua comment il avait déjà put « se taper la tête contre les murs » pour faire taire les douleurs intolérables ressenties en bouche, comment il avait essayé de s'arracher lui-même ses propres dents ou encore comment il s'était déjà crevé lui-même un abcès. Il dit se sentir paralysé par la peur de l'anesthésie et du dentiste, trouvant refuge dans l'alcool et l'aspirine pour combattre ses douleurs et ne plus y penser.

Lorsque le psychologue lui expliqua qu'il existait un moyen pour « dé-focaliser » sa pensée non seulement de la douleur, mais aussi de ses peurs, il sembla immédiatement intéressé pour la technique en question et se prêta volontiers à une démonstration hypnotique. Il s'avéra être un sujet hautement réceptif. Il expérimenta une transe profonde relativement rapidement et surtout sans aucune douleur. Une cassette fut alors réalisée à son attention afin de le préparer à l'examen buccal préalable aux soins. Le patient eu pour consigne de l'écouter plusieurs fois chez lui, puis sur le fauteuil du dentiste avant que celui-ci ne l'examine.

L'examen révéla le diagnostic suivant : des extractions multiples étaient nécessaires. Une seconde cassette fut alors enregistrée afin de le préparer à son séjour à l'hôpital ainsi qu'à l'intervention qu'il allait vivre.

La suite des évènements se passa tellement bien, que le chirurgien téléphona même au psychologue pour lui faire remarquer qu'il était alarmiste et que le patient présentait une appréhension moyenne mais qu'il était loin d'être phobique ! [12].

3-2. Cas clinique n°2 : création d'une hypno-analgésie.

Un homme d'une trentaine d'années consulta son dentiste en lui demandant d'utiliser l'hypnose car celui-ci craignait beaucoup de souffrir. Quelques années auparavant, le patient s'était porté volontaire pour servir de sujet dans une étude expérimentale à l'université sur l'hypnose. Il découvrit rapidement qu'il était un excellent sujet pour l'hypnose, mais se détourna de futures études expérimentales.

Son dentiste induisit facilement un bon état de transe, développa une excellente analgésie de la main, mais le sujet se montra incapable de transférer cette analgésie à la bouche, qui par la même semblait devenir plus sensible encore. Toutes les tentatives pour développer une analgésie directe de la bouche échouèrent. Après avoir tenté plusieurs approches, différentes techniques et différents opérateurs, le patient fut orienté vers un autre praticien.

Le patient entra facilement en transe, ce nouveau thérapeute lui rappela « son désir de se sentir bien sur le fauteuil dentaire » puis lui demanda d'être attentif aux instructions données et de les exécuter jusqu'au bout. Il induisit alors une hyperesthésie de la main gauche qui devait devenir ainsi « extrêmement sensible à tout stimulus, au point d'en être douloureuse ». Cette hyperesthésie devait durer jusqu'à ce qu'il reçoive des indications contraires, et pendant tout ce temps tout serait fait pour protéger sa main des contacts douloureux. Sans qu'il n'y ait la moindre suggestion dans ce sens, le patient développa une anesthésie spontanée de la bouche, ce qui permit le bon déroulement des soins nécessaires sans autre forme d'anesthésie.

Même lors de séances ultérieures, on ne put induire d'analgésie de manière directe ou explicite, à moins qu'elle ne s'inscrive dans un schéma « hyperesthésie-anesthésie » particulier à ce patient.

Ce comportement ne constitue pas un cas isolé. Vraisemblablement, le patient était dans la croyance que tout soin dentaire s'accompagne inévitablement d'une hypersensibilité. Une fois cette croyance rigide acceptée et utilisée, l'analgésie fut possible comme le relâchement du muscle permet la contraction d'un autre [10].

3-3. Cas clinique n3 : une patiente phobique.

Un dentiste, ainsi que plusieurs de ses collègues, avait essayé à maintes reprises et sans succès, l'hypnose sur sa femme. A chaque tentative, elle disait se sentir figée de peur. « Je ne pouvais absolument pas bouger et puis je me mettais à pleurer. [...] tout ce que je pouvais faire, c'était avoir une peur bleue et pleurer. ».

Le thérapeute sollicité pour la suite des soins, utilisa alors une approche naturaliste en acceptant et en utilisant la situation rencontrée. Il commença par reprendre et résumer le récit de la patiente. « Vous désirez qu'on utilise l'hypnose pour vos soins dentaires. Votre mari et ses collègues le veulent aussi, mais chaque fois qu'on a essayé l'hypnose, [...] vous ne

pouvez que vous figer et pleurer. Il suffirait vraiment de vous figer sans pleurer. Je vais [...] vous mettre simplement en transe. »

La patiente répondit « Mais je vais juste me figer de peur et pleurer »

Au thérapeute de dire : « Non, vous allez d'abord vous figer. C'est la première chose à faire et à faire maintenant. Juste vous figer de plus en plus, [...] encore plus raide que vous ne l'étiez avec votre mari ».

« Maintenant fermez les yeux et laissez les paupières se figer, se figer tellement que vous ne pouvez plus les ouvrir ».

« Maintenant, la prochaine chose que vous avez à faire, c'est d'avoir une peur bleue et puis de pleurer. Bien sûr, vous ne voulez pas faire ça, mais il le faut parce que c'est ce que vous avez appris, mais ne le faites pas tout de suite. Il serait tellement plus facile de prendre une respiration profonde et de vous détendre entièrement et de dormir profondément. Pourquoi n'essayez vous pas cela au lieu d'avoir une peur bleue et de pleurer ? »

La patiente eut aussitôt une excellente réaction à cette nouvelle suggestion.

« Bien sur vous pouvez continuer à dormir de plus en plus profondément [...]. Mais à tout moment, si vous voulez, vous pouvez commencer à vous figer de peur et pleurer, mais peut être que maintenant que vous savez comment faire, vous allez continuer à vous sentir confortable en transe [...] ».

Le thérapeute donna ensuite une simple suggestion post-hypnotique pour permettre l'induction de futures transes. Depuis lors, elle s'est montrée un sujet tout à fait compétent [10].

3-4. Mise en œuvre de l'utilisation combinée hypnose et sédation consciente par inhalation de protoxyde d'azote chez l'enfant.

L'hypnose utilisée en soins dentaires implique un processus relativement simple de dissociation dans lequel le patient apprend à focaliser son attention sur des stimuli ou images. Cette approche est liée à un « engagement dans l'imaginaire ». Les enfants sont très réceptifs à l'hypnose de par leur capacité à ne pas rester attachés à la réalité, ils sont donc plus facilement absorbés dans l'imaginaire. Ainsi, lorsque l'enfant est engagé, sur le plan cognitif, dans un travail d'imagination, les autres stimuli sont bloqués ou réduits en intensité. L'hypnose est d'ailleurs le plus souvent caractérisée par la dissociation. Quant à l'utilisation du MEOPA (mélange équimolaire de protoxyde d'azote et oxygène) ou « sédation vigile » amène à un état de distanciation. Il semble donc qu'avec l'une ou l'autre approche, il s'agit de

domaines proches dans leur fonctionnement des processus de veille et de conscience. Il est donc apparu intéressant d'utiliser conjointement les deux techniques afin de favoriser l'induction grâce à l'efficacité pharmacologique et inversement. L'utilisation combinée de l'hypnose et de la sédation au protoxyde d'azote permet de potentialiser ces deux techniques.

Lors de la sédation par inhalation de protoxyde d'azote ou MEOPA, il est important d'informer l'enfant et la famille sur la technique utilisée. Expliquer notamment comment le mélange agit et quels en sont les symptômes (fourmillements au bout des doigts, des pieds, envie de rire, se sentir dans les nuages ou près des étoiles...), afin de rassurer, mais aussi de prévenir des réactions émotives fortes chez certains enfants.

Dans le cadre de l'utilisation concomitante hypnose et MEOPA, l'hypnose n'est pas évoquée *a priori*, mais seulement parfois *a posteriori*, mais cela ne semble pas être un aspect décisif.

La plupart du temps, cette technique est choisie face à de fortes résistances comportementales, comme par exemple lorsque l'enfant refuse de s'asseoir sur le fauteuil. Prendre et laisser le temps pour que l'enfant s'approche progressivement, communiquer avec empathie et détourner l'attention de l'enfant sur autre chose, un jouet, une image, sont autant d'éléments primordiaux pour lui permettre de se détendre. « L'induction hypnotique nécessite un confort physique évoquant une sensation de relâchement ». Les suggestions, dirigées principalement vers l'enfant, mais opérantes également sur le ou les parents, renforceront, par des rappels inconscients, les acquis des étapes précédentes. L'opérateur s'adaptera à l'âge de l'enfant et utilisera différents outils en fonction de son stade d'évolution.

Dès lors que l'enfant semble avoir une attitude relativement stable sur le fauteuil et un comportement apaisé, le masque et l'inhalation du mélange pourront commencer. A ce moment, l'opérateur peut renforcer les suggestions sur la respiration (l'air qui va gonfler le ballon) afin de permettre à l'enfant de s'apaiser et de mieux accepter le masque. Une fois la sédation opérante, quelques soit le support hypnotique utilisé, des suggestions renforçant les sensations liées à la respiration, à la détente et à l'apaisement seront introduites. Une bonne induction est de l'ordre de trois à quatre minutes. Avant de procéder aux soins, il est important de vérifier que l'enfant ouvre bien la bouche. De la même manière, l'équipe doit l'accompagner régulièrement au cours de la séance à l'aide de suggestions réitérées. Différentes suggestions peuvent être utilisées au cours des soins, comme « le petit coussin sous la joue » pour l'anesthésie, etc. Pendant tout le soin l'équipe doit vérifier l'état de vigilance du patient et rester au contact avec lui.

A la fin du soin, des suggestions post-hypnotiques, concernant essentiellement les séances à venir et les sensations consécutives au traitement, sont données avant de retirer le masque. Pendant les quelques minutes nécessaires pour l'arrêt de l'action de MEOPA, une réassociation est réalisée sur les sensations. Un moment d'échange est ensuite partagé afin de revenir sur les progrès réalisés.

L'association de ces deux techniques s'avère très intéressante, mais nécessite une formation spécifique, une pratique régulière et contrôlée [4].

CONCLUSION

Malgré tous les progrès techniques accomplis en odontologie, le problème de la coopération des patients anxieux persiste. En effet, un patient phobique restera sourd aux meilleures explications rationnelles ; c'est pourquoi, il est nécessaire pour les praticiens de tendre vers un éclectisme stratégique d'approches psychologiques.

Parmi celles-ci, l'hypnose ouvre de multiples possibilités et de nombreuses applications, parfois provocantes ou même surprenantes, mais toujours intéressantes. Cette approche hypnotique permet ainsi de servir le confort du patient de manière efficace, en lui apportant le calme et la confiance requis pendant les soins. Elle représente aussi une ressource pour le praticien dans le sens où elle lui permet d'exercer un travail fatiguant tant sur le plan sensoriel que physique dans un contexte de sérénité, et de se régénérer rapidement et efficacement par l'autohypnose. Ce travail a donc cherché à mettre en relief les nombreux intérêts de l'hypnose en odontologie, en appuyant notamment sur son indéniable contribution dans l'amélioration de la relation patient-praticien et donc par là même du bien-être des patients autant que du praticien. L'hypnose représente donc un outil merveilleux au sein d'une panoplie de techniques et de moyens dont dispose le chirurgien dentiste pour intervenir et répondre aux besoins de ses patients.

Cette approche permet au chirurgien dentiste d'être à l'écoute du patient et même de prendre en charge la dimension psychologique et émotionnelle liée aux soins dentaires et ce dans le plus grand respect de l'individualité de chacun. L'hypnose reste une approche donnée parmi une multitude de techniques et de moyens mis en œuvre pour le bien-être du patient. Sa réelle richesse réside dans le fait de savoir utiliser et proposer différentes approches au moment opportun et surtout en cohérence avec les besoins et la demande du patient. On peut imaginer toute sorte de manières de pratiquer l'odontologie et ne dit-on pas qu'il y a même autant de plans de traitement et de méthodes qu'il y a de chirurgiens dentistes ? Il existe cependant une constante : nous soignons des êtres humains qui représentent chacun une histoire, un passé, des valeurs, des croyances, des peurs... qu'il nous faut respecter au plus haut point. Notre pratique nécessite certes un grand savoir technique, mais surtout un réel sens de l'échange, et un profond respect de l'Être Humain.

ANNEXE N°1 : Rappels sur le névraxe

Il semble intéressant de faire un rappel général sur l'organisation du névraxe avant de traiter les centres spécifiques au stress et à l'émotion. A noter que ce n'est qu'au début des années 1980, que le neurophysiologiste américain Roger Sperry découvre que l'être humain a non pas un, mais deux cerveaux (deux hémisphères) qui sont en interaction permanente. L'hémisphère gauche est le « cerveau rationnel » de la réflexion-perception (langage, lecture, écriture, calculs...), alors que l'hémisphère droit est le « cerveau émotionnel », celui de la perception sensitive (du sens de l'espace, de l'orientation). Le coté droit est plus intuitif, plus dans l'imaginaire. En cas d'urgence, c'est le cerveau émotionnel qui prend le dessus sur le cerveau rationnel.

Plus anatomiquement, la partie caudale du névraxe est la moelle épinière. Elle transmet les informations sensibles aux centres supérieurs et la réponse est émise par des motoneurones.

La partie moyenne est constituée de trois éléments :

- Le tronc cérébral tout d'abord, lui-même composé du mésencéphale, du pont, et de la moelle allongée.
- Puis, le cervelet qui permet la coordination, la régulation, et le contrôle des mouvements volontaires et automatiques. Il est constitué du télencéphale.
- Enfin, le quatrième ventricule, situé entre le cervelet et le tronc cérébral, est relié à la fois au mésencéphale et à la moelle.

La partie supérieure du névraxe est le cerveau. Il est situé dans la loge antérieure ou supérieure du crâne et se compose de deux hémisphères symétriques droit et gauche, unis par les commissures inter-hémisphériques.

Ces commissures sont composées:

- du corps calleux (il communique avec les deux hémisphères ou néocortex),
- du fornix (il sert dans la communication entre les deux archicortex),

- de la commissure blanche antérieure (elle unit les noyaux amygdaliens du lobe temporal).

Le cerveau est formé de deux parties : le diencephale et le télencéphale. Le diencephale est la partie impaire, médiane et basale qui fait suite au tronc cérébral. Il est composé de

- deux thalami (les noyaux gris centraux sont des relais moteurs, sensitifs et associatifs. Ils assurent toute la sensibilité sensorielle sauf l'olfaction.),
- de l'épiphyse (sécrétion d'hormones gonadotropes),
- de l'hypothalamus (centre supérieur de la vie végétative),
- de l'hypophyse (commande des glandes endocrines),
- du troisième ventricule (rôle dans la circulation du liquide céphalo-rachidien (LCR)).

Le télencéphale est la partie supérieure recouvrant le diencephale. Il est composé des deux hémisphères et regroupe :

- les corps striés (centre supérieur sensitivo-moteur),
- le cortex cérébral (enveloppe des hémisphères),
- les commissures inter – hémisphériques,
- la substance blanche et
- les ventricules latéraux (lieu de sécrétion du LCR par les plexus choroïdes).

ANNEXE N°2 : Droits de reproduction

De Boeck

Droits de reproduction pour l'ouvrage

« Anatomie et physiologie humaine » de MARIEB E N. [25].





Éditeur
depuis 1777

Nolwenn Sebille
21 bd Georges Pompidou
44200 Nantes

Paris, le 27 avril 2007

Dossier suivi par Cécile Blancher
tél. : 01-55-42-85-55 / fax : 01-55-42-84-34

Objet : Votre demande d'autorisation de reproduction
Vos références : Thèse de 3^e cycle en Odontologie: "Hypnose: gestion de l'anxiété en pratique odontologique"
Nos références : Les génies de la science n°15, "Freud, l'émergence de l'inconscient", mai-août 2003. (10 illustrations pages 1, 4, 6, 7, 11, 12, 13 et 15)

Madame,

J'ai bien reçu votre demande d'autorisation de droits de reproduction du 19 avril 2007.
Malheureusement je ne peux pas vous répondre favorablement, les droits de reproduction ne nous appartenant pas.

Si vous avez un exemplaire de la revue, vous pourrez constater que certaines illustrations ont un copyright inscrit en petits caractères sur un de leur côté. Pour celles qui n'en possèdent pas, cela signifie qu'elles sont libres de droits.

Regrettant de ne pouvoir vous aider davantage, je vous souhaite bonne chance dans vos recherches et vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes meilleures salutations.


Marie-Claude BROSSOLLET
Président-directeur général

De : Assistant Droits Dérivés <Assistant.dd@glenat.com>
Envoyé : mercredi 25 avril 2007 09:22:39
À : "nolwenn sebille" <nolwacrevette@hotmail.com>
Cc : "Camille Mandron" <Camille.Mandron@glenat.com>
Objet : RE: droits de reproduction

 Boîte de réception

Chère Madame,

Je suis désolée mais nous vous autorisons déjà exceptionnellement la couverture et les deux pages 34 et 57 à titre gracieux, nous ne pouvons vous autoriser plus.

Ainsi si vous êtes toujours d'accord, je vous enverrai la réponse positive vous donnant droit à reproduire seulement et strictement : la couverture, la page 34 et la page 57 de l'ouvrage « Humour noir et hommes en blanc ».

Dans l'attente d'un prochain contact, je vous remercie de l'attention que vous portez à nos publications.

Cordialement,

Cécile CHABRAUD

Droits Dérivés

Editions Glénat

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ALLAIN F.

L'hypnose : un outil thérapeutique.
Inf Dent 2003a;**85**(16):1051-1054.

2. ALLAIN F.

L'hypnose : application en odontologie.
Inf Dent 2003b;**85**(19):1247-1250.

3. BENHAIEM JM.

L'hypnose médicale.
Paris: Med-Line Editions, 2003.

4. BENHAIEM JM.

L'hypnose aujourd'hui.
Paris: In Press, 2005.

5. BENSON PE.

Suggestion can help.
Ann R Australas Coll Dent Surg 2000;15:284-285.

6. BOURASA M.

Hypnodontie.
J Dent Que 1988;25:543-545.

7. BRISSEAUX JC et VARMA D.

Une approche de l'hypnose médicale en odontologie.
Inf Dent 1992;**74**(35):3067-3071.

8. CLARK JH.

Teaching Clinical Hypnosis in US and Canadian dental schools.
Am J Clin Hypnosis 1996;**39**(2):89-92.

9. CORYDON HAMMOND D.

Métaphores et suggestions hypnotiques. Collection Le Germe
Bruxelles : Satas, 2004.

10. ERICKSON MH.

The nature hypnosis and suggestion. Volume 1.
New-york: Irvington Publishers, 1999.

11. FLOURENT J.

A propos du stress du chirurgien dentiste. Analyse statistique.
Thèse : 3^{ème} cycle Sci Odontol, Lille, 2006.

12. FORGIONE AG.

Hypnosis in the treatment of dental fear and phobia.
Dent Clin North Am 1988;**32**(4):745-61.

- 13. GARNIER, DELAMARE.**
Dictionnaire des termes de médecine.
Paris : Maloine, 2001.
- 14. GAUTIER I.**
Burn out des médecins.
Bull Conseil Départemental Ordre Méd Paris 2003:86.
- 15. GINISTY J.**
Résultats de l'enquête relative aux maladies professionnelles des chirurgiens dentistes.
Bull Acad Natle Chir Dent 2002,45(4):107-113.
- 16. GORTER RC, ALBRECHT G, HOOGSTRATEN J et EIJKMAN MA.**
Work place characteristics, work stress and burnout among Dutch dentists.
Eur J Oral Sci 1998;106(6):999-1005.
- 17. GRAZIANI S, HAUTEKEETE M, RUSINEK S et SERVANT D.**
Stress, anxiété et trouble de l'adaptation.
Paris : Masson, 2001.
- 18. HAYNAL W et PASINI A.**
Manuel de psychologie odontologique.
Paris: Masson, 1992.
- 19. KEROUAC M.**
La métaphore thérapeutique et ses contes. Etudes éricksonniennes.
North Hatley :MKR éditions, 1996.
- 20. LAMENDIN H.**
Petites histoires de l'art dentaire d'hier et d'aujourd'hui (anecdodontes).
Paris : L'Harmattan, 2006.
- 21. LAROUSSE.**
Le petit Larousse grand format 1995. Dictionnaire encyclopédique.
Paris : Larousse, 1995.
- 22. LASSARRE D.**
Stress et société. Publications du Laboratoire de Psychologie Appliquée.
Reims : Presses Universitaires de Reims, 2002.
- 23. LOO H et LOO P.**
Le stress permanent.
Paris : Masson, 1986.
- 24. MADOUN S et DUMONTEIL D.**
ABC de l'EMDR. La thérapie des émotions.
Paris : Grancher, 2005.

25. MARIEB E N.

Anatomie et physiologie humaine.
Bruxelles : De Boeck Université, 1999.

26. MEGGLE D.

Erickson, hypnose et psychothérapie.
Paris : Retz/S.E.J.E.R., 2005.

27. MOREL C.

Dictionnaire des symboles, mythes et croyances.
Paris : L'Archipel, 2004.

28. PATEL B, POTTER C et MELLOR AC.

The use of hypnosis in dentistry: a review.
Dent Update 2000;**27**(4):198-202.

29. QUELET J.

L'hypnose Ericksonienne : le confort du chirurgien-dentiste et celui du patient
Inf Dent 1993;**75**(28):2043-2047.

30. QUELET J et PERROT O.

Hypnose Technique et applications thérapeutiques.
Paris : Ellébore Editions, 2003.

31. RAINVILLE P, HOFBAUER RK, PAUS T. DUNCAN GH et coll.

Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion.
J Cognitive Neurosci 1999;(11):110-125.

32. ROBERTS K.

Hypnosis in dentistry.
Dent Update 2006;**33**(5):312-314.

33. RUEL – KELLERMANN M.

Le stress relationnel chez le chirurgien-dentiste.
Rev Odontostomatol (Paris) 1980,**9**(4):25-29.

34. RUYSSCHAERT N.

Hypnose et phénomènes hypnotiques : assistance préliminaire en cas de stress pour le patient et le dentiste.
Rev Belge Med Dent 2003;**58**(2):105-107.

35. SALOME J.

Contes à guérir, contes à grandir.
Sauveterre-de-Comminges : Sonothèque-Média.

36. SANS AUTEUR.

Dictionnaire de la psychanalyse.
Paris : Encyclopédia Universalis et Albin Michel, 1997.

37. SCHAERLAEKENS M.

Hypnose et l'odontologie : l'eau et le feu ?
Rev Belge Med Dent 2003;**58**(2):118-125.

38. SERRE L.

Humour noir et hommes en blanc.
Grenoble : Glénat, 2001.

39. SKARET E

Patient anxieux des soins dentaires un défi pour le praticien.
Réal Clini, 2004;**15**(4),303-310.

40. STERN R.

L'hypnose en médecine dentaire.
Schweiz Monatsschr Zahnmed 1991;**101**(4):472-475.

41. THIS B.

L'émergence de l'inconscient : Freud. Pour la science.
Génies Sci 2003;15:1-17.

42. VARMA D

Le point sur l'hypnose en odontologie.
Chir Dent Fr 2005;**75**(1223):45-54.

43. VINCKIER F et VANSTEENKISTE G.

Stratégie de traitement chez le patient anxieux.
Rev Belge Med Dent 2003;**58**(4):209-220.

44. WILLEMSSEN R.

Techniques d'hypnose utilisées pour diminuer l'angoisse et la peur : revue de littérature.
Rev Belge Med Dent 2003;**58**(2):99-104.

45. ZEIDAN J.

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

Thèse N°

SEBILLE (Nolwenn).-L'hypnose : technique thérapeutique dans la prise en charge de l'anxiété en pratique odontologique.- 121 f. ; ill. ; 45.ref ; 30cm. (Thèse : Chir.Dent. ; Nantes ; 2007)

RESUME

Le présent travail a pour objectif de présenter un outil thérapeutique de choix face aux troubles anxieux en pratique odontologique : l'hypnose. Cette approche médicale est une technique supplémentaire, parmi une multitude de techniques et de moyens mis en œuvre par le chirurgien dentiste, pour intervenir et répondre au mieux aux besoins de ses patients. En plus des nombreux avantages qu'elle présente, aussi bien pour le patient que pour le praticien, l'état de relaxation hypnotique qu'elle procure atténue significativement les réactions de défense souvent involontaires, perturbant le bon déroulement des soins. Sa réelle richesse réside dans le fait de savoir l'utiliser et de la proposer aux moments opportuns et surtout en cohérence avec les besoins et la demande du patient. L'art dentaire est une discipline technique et pratique qui ne peut qu'être enrichie par l'apprentissage de l'art difficile de comprendre et communiquer avec les autres, dans le respect mutuel de ce qu'ils sont. L'obtention d'une meilleure coopération par l'hypnose médicale améliore considérablement les conditions de la prise en charge globale des patients.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Psychologie

DOMAINE BIBLIODENT : Psychologie

MOTS CLES MESH :

Hypnose- Peur- Soins dentaires.

Hypnosis- Fear- Dental care.

MOTS CLES BIBLIODENT :

Hypnose, Anxiété, Odontologie.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur LABOUX O.

Directeur : Monsieur le Docteur KIMAKHE S.

Assesseur : Madame le Docteur ARMENGOL V.

Assesseur : Monsieur le Docteur ZEIDAN J.

Assesseur : Monsieur le Docteur BETBEZE J.

ADRESSE DE L'AUTEUR : nolwenn.sebille@hotmail.fr