



HAL
open science

L'hypnose, un nouvel outil pour améliorer la communication thérapeutique, la gestion du stress et de l'anxiété

Laurianne Le Hen

► To cite this version:

Laurianne Le Hen. L'hypnose, un nouvel outil pour améliorer la communication thérapeutique, la gestion du stress et de l'anxiété. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. dumas-02019415

HAL Id: dumas-02019415

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02019415v1>

Submitted on 14 Feb 2019

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



université de bretagne
occidentale



**L'Hypnose, un nouvel outil pour améliorer la
communication thérapeutique, la gestion du stress
et de l'anxiété**

**THESE POUR L'OBTENTION
DU DIPLÔME D'ETAT DE
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Année : 2015

Thèse N° : 29004

Présentée par

Laurianne Le Hen

née le 07 décembre 1990

à Hennebont.

Préparée à l'UFR d'Odontologie de Brest

Thèse soutenue le 24 mars 2015

devant le jury composé de :

M. le Professeur Reza ARBAB-CHIRANI, PU-PH, Université de Bretagne Occidentale /
Président

M. le Docteur Bertrand PIVER, MCU-PH, Université de Bretagne Occidentale / Directeur

Mme le Docteur Karen VALLEYS, MCU-PH, Université de Bretagne Occidentale / Assesseur

M. le Docteur Cédric LANSONNEUR, AHU-PH, Université de Bretagne Occidentale /
Assesseur

UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE

PRESIDENT

Monsieur Pascal OLIVARD

DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

Monsieur Stéphane CHARPENTIER

CORPS PROFESSORAL DE L'U.F.R. D'ODONTOLOGIE DE BREST

Année Universitaire 2014-2015

DOYEN

Monsieur Reza ARBAB CHIRANI

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

57-03 Sciences Biologiques

Monsieur Jacques-Olivier PERS

58-01 Odontologie Conservatrice

Monsieur Reza ARBAB CHIRANI

58-02 Prothèse

Poste vacant

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

56-01 Pédodontie

Monsieur Hervé FORAY

56-01 Pédodontie

Madame Frédérique d'ARBONNEAU

56-03 Prévention Epidémiologie

Monsieur Alain ZERILLI

56-03 Prévention Epidémiologie

Monsieur Bertrand PIVER

57-01 Chirurgie Buccale

Monsieur Guy LE TOUX

57-02 Chirurgie Buccale

Madame Sylvie BOISRAME-GASTRIN

57-03 Sciences Biologiques

Madame Laëtitia LE POTTIER

58-01 Odontologie Conservatrice

Madame Valérie CHEVALIER-HERISSET

58-01 Odontologie Conservatrice	Madame Karen VALLAEYS (associée)
58-02 Prothèse	Monsieur Vincent JARDEL
58-02 Prothèse	Madame Elisabeth LEIZE-ZAL
58-03 Sciences anatomiques et physiologiques, occlusodontiques, biomatériaux, biophysique et radiologie	Madame Céline BODERE
58-03 Sciences anatomiques et physiologiques, occlusodontiques, biomatériaux, biophysique et radiologie	Monsieur Brice CHAUVEL

ASSISTANTS

56-02 Orthopédie Dento Faciale	Madame Kristelle MELONE
57-01 Parodontologie	Madame Juliette COAT
57-01 Parodontologie	Madame Claire HENRY-ALBARET
57-02 Chirurgie Buccale et Pathologique	Madame Aurélie HACQUARD
57-02 Chirurgie Buccale et Pathologique	Monsieur Cédric LANSONNEUR
58-01 Odontologie Conservatrice	Madame Hélène LEGOUX
58-01 Odontologie Conservatrice	Madame Charlotte GOUEDARD
58-02 Prothèses	Madame Gabrielle LEON
58-02 Prothèses	Monsieur Gabriel SCOLAN

ASSISTANTS ASSOCIES

57-03 Sciences Biologiques	Madame Kahina AMROUCHE
----------------------------	------------------------

A notre jury, Monsieur le Professeur Reza ARBAB – CHIRANI

- Doyen
- Professeur des Universités
- Chef du service d'Odontologie de l'hôpital Morvan
- Praticien Hospitalier

Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury.

Soyez assuré de notre gratitude pour les connaissances que vous nous avez enseignées, toujours avec bienveillance et patience. Merci du savoir-faire que vous nous avez transmis tout au long de nos études.

Que ce travail témoigne de notre profond respect.

A notre directeur de thèse, Monsieur le Docteur Bertrand PIVER

- Maître de Conférence des Universités
- Praticien hospitalier

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail avec minutie et intérêt.

Nous vous remercions de votre gentillesse lors de nos années d'étude et de votre patience. Merci également de votre disponibilité pour répondre à nos questions, ainsi que de nous avoir transmis des valeurs comme le respect d'autrui dans la prise en charge de patients difficiles.

Soyez assuré de notre entière estime.

A notre jury, Madame le Docteur Karen VALLEYS

- Maître de Conférence des Universités
- Praticien Hospitalier

Vous nous faites l'honneur de faire partie de ce jury.

Soyez assurée de notre gratitude pour la qualité de votre enseignement, toujours transmis avec gentillesse, patience et bienveillance.

Merci de votre pédagogie au cours de cette période, trop courte, à travailler avec vous.

Nous vous témoignons par ce travail nos sincères remerciements ainsi que tout notre respect.

A notre jury, Monsieur le Docteur Cédric LANSONNEUR

- Assistant
- Praticien Hospitalier

Merci d'avoir accepté de siéger à ce jury.

Soyez assuré de toute notre reconnaissance pour les connaissances que vous nous avez apprises. Merci de votre disponibilité, de votre écoute et de votre pédagogie tout au long de nos études cliniques. Nous vous remercions également pour l'intérêt que vous avez démontré pour ce sujet.

Que ce travail soit le témoignage de notre sincère considération et de notre gratitude.

A Mesdames et Messieurs les enseignants de la Faculté d'Odontologie de Brest,

Nous vous remercions pour votre disponibilité, votre écoute et votre patience tout au long de nos études. Merci de la qualité de votre enseignement, théorique comme pratique. Soyez assuré de notre profond respect et de notre gratitude.

Au personnel hospitalier, aux infirmières, aux secrétaires, aux aide-soignants, ainsi qu'à René et Dédé,

Merci de votre gentillesse, de votre bonne humeur et de votre aide quotidienne au centre de soins ou à la faculté.

A Maman et Papa, que j'aime tant, un énorme merci pour m'avoir permis de faire ces études. Votre motivation, votre écoute et votre aide m'ont toujours été précieuses. Ce travail a été possible grâce à vous, merci de tout mon cœur.

A mes sœurs, mes beaux-frères et les petits, merci de votre soutien, de votre amour, et pour ces bons moments passés tous ensemble.

A mes amis, à toute ma famille, et plus particulièrement à Tatane et Pierre-Marie, merci pour vos encouragements. Vous savoir près de moi est une richesse inestimable.

Merci à Marco, mon soleil, pour ta bonne humeur permanente, ton soutien et ton amour. T'avoir à mes côtés est un véritable bonheur.

Merci à Marie-Françoise, Jean, Claire-Alice, Youenn et Paul-Edouard, pour votre reconnaissance, votre gentillesse et pour m'avoir accueillie si chaleureusement au sein de votre famille.

Au Docteur Maléjac, au Docteur Lecoursonnois ainsi qu'au Docteur Zeidan, merci d'avoir répondu à mes questions et de m'avoir reçu à vos cabinets pour des séances d'hypnose filmées. Je vous remercie de votre gentillesse et de votre disponibilité. Votre manière de travailler est un exemple.

A Linda et Nabil, merci de m'avoir hypnotisé au cabinet et de m'avoir formé à l'auto-hypnose. Discuter avec vous est toujours très enrichissant.

A Tifenn, merci de m'avoir fait découvrir ce métier et de m'avoir laissé commencer à exercer dans ton cabinet. Merci beaucoup de ta confiance.

Merci à Mme Lenormand, dont la pédagogie exceptionnelle me porte depuis l'enfance.

Je certifie sur l'honneur ne pas avoir repris pour mon propre compte des propos, des citations, des illustrations déjà publiés.

BREST, le 24 mars 2015.

Le Hen Laurianne

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION	12
CHAPITRE I. EVOLUTION DE L'HYPNOSE AU COURS DE L'HISTOIRE	14
1.1. De la magie à l'hypnose.	14
1.2. Le « magnétisme animal » ou « mesmérisme.	14
1.3. Les recherches des disciples de Mesmer.	17
1.3.1. Armand Marie Jean de Chastenet de Puységur (1751-1825).	17
1.3.2. José Custodio de Faria (1755-1819).	17
1.4. L'essor de l'hypnose en Europe au XIXème siècle.	18
1.4.1. James Braid (1795-1860) : naissance de l' « hypnotisme ».	18
1.4.2. James Esdaile (1808-1859) : l'hypnose pour la chirurgie.	19
1.4.3. Ambroise Auguste Liébault (1825-1904) : l'art de la suggestion.	19
1.5. L'âge d'or de l'hypnose (1882-1902) : l'affrontement des deux Ecoles	20
1.5.1. Jean Martin Charcot (1825-1893) : l'hypnose comme symptôme d'une pathologie hystérique.	20
1.5.2. Hyppolite Bernheim (1840-1919) : l'anti-thèse de Charcot.	20
1.6. Le XXème siècle : l'association de la psychanalyse et de l'hypnose.	21
1.6.1. Pierre Janet (1859-1947).	21
1.6.2. Sigmund Freud (1856-1939).	21
1.7. Le XXIème siècle : le temps de l'hypnose contemporaine.	22
1.7.1. Lewis Wolberg (1905-1988) : l'hypnoanalyse.	22
1.7.2. Milton H. Erickson (1901-1980) : la naissance d'une nouvelle	

hypnose dite « éricksonienne ».	22
1.7.3. L'hypnose en France.	23
1.8. L'hypnose aujourd'hui.	24
CHAPITRE II. FONCTIONNEMENT CEREBRAL ET CONSCIENCES.	24
2.1. L'utilisation de l'électroencéphalogramme.	24
2.2. L'imagerie cérébrale : l'objectivation du processus hypnotique.	27
2.2.1. La mesure du débit sanguin cérébral.	28
2.2.2. L'étude de la perception des couleurs pendant l'hypnose.	29
2.2.3. L'absorption hypnotique et la relaxation.	30
2.3. La réalité et la conscience critique.	31
2.3.1. La réalité extérieure et la réalité intérieure.	31
2.3.2. La conscience critique ou globale.	32
CHAPITRE III. LES DIFFERENTES SOORTES DE TRANSES.	35
3.1. La transe spontanée.	36
3.2. La transe conversationnelle.	38
3.3. La transe formelle.	38
3.4. Les caractéristiques et indices de reconnaissance.	40
3.4.1. Les signes objectifs.	41
3.4.2. Les signes subjectifs.	42
3.5. La mesure de l'hypnose : les échelles d'hypnotisabilité.	44
3.5.1. L'évolution des outils de mesure.	44
3.5.2. La mesure de l'hypnose de nos jours : l'échelle de Stanford.	46
CHAPITRE IV. LE PROCESSUS HYPNOTIQUE : UN CHANGEMENT DE SENSORIALITE.	
4.1. L'induction : étape préalable à la transe provoquée positive.	48

4.1.1. L'installation du patient et l'orientation spatio-temporelle.	50
4.1.2. La respiration.	51
4.1.3. La focalisation de l'attention.	52
4.1.4. Les suggestions.	52
4.1.5. L'accompagnement : le « signaling ».	54
4.1.6. Les techniques d'induction particulières.	55
4.2. La dissociation.	57
4.3. La perceptude.	59
4.4. La réassociation.	59

CHAPITRE V. :

L'AUTO-HYPNOSE : UN OUTIL PRECIEUX POUR LE SOIGNANT ET LE SOIGNE.

62

5.1. Les différentes phases.	63
5.2. L'auto-hypnose pour les praticiens.	65

CHAPITRE VI. LA COMMUNICATION THERAPEUTIQUE : LA BASE DE

TOUTE REUSSITE DE SOINS.	67
6.1. L'alliance thérapeutique.	68
6.2. Les différents types de langages.	71
6.2.1. Le langage non verbal.	72
6.2.2. Le langage para-verbal.	77
6.2.3. Le langage verbal.	79
6.2.4. Le langage analogique et le digital.	82
6.3. Les canaux sensoriels : le « VAKOG ».	83
6.3.1. Les différents canaux.	84
6.3.2. La technique du VAKOG.	86
6.4. Les outils thérapeutiques.	89

CHAPITRE VII. INTERÊT DE L’HYPNOSE AU CABINET DENTAIRE	
POUR LA GESTION DU STRESS ET DE L’ANXIETE.	95
7.1. Définitions.	95
7.1.1. La réaction physiologique de stress.	95
7.1.2. L'anxiété.	96
7.1.3. L'angoisse.	97
7.2. Les origines de la peur du dentiste.	97
7.3. Prise en charge de l'anxiété par l'hypnose dans un environnement adapté.	100
7.3.1. Les moyens d'utilisation de l'hypnothérapie.	100
7.3.2. L'agencement du cabinet pour favoriser la transe hypnotique et calmer l'anxiété.	103
CHAPITRE VIII. RESENTI DES PRATICIENS ET DES PATIENTS SUITE A	
L’EXERCICE DE L’HYPNOSE.	106
8.1. Les questionnaires adressés aux praticiens.	106
8.2. Les questionnaires adressés aux patients.	111
CONCLUSION	117
BIBLIOGRAPHIE	118
ANNEXES	124

ntroduction

Depuis toujours, la médecine consiste en premier lieu à diagnostiquer un trouble physiologique, psychologique ou une douleur, afin d'en trouver la cause pour l'éradiquer. Le patient n'était alors souvent réduit qu'à un ensemble de symptômes. La médecine oubliait l'homme derrière le malade.

Ces dernières années, une plus grande importance est donnée aux contextes socio-économiques et culturels, ceci permettant de recentrer les soins sur le patient, un être humain avant tout, avec son vécu, ses expériences et ses propres émotions. Une nouvelle conception des soins est apparue dans laquelle les patients ne sont plus seulement passifs dans le processus thérapeutique, mais au contraire, deviennent acteurs du traitement envisagé. Ils demandent des informations, souhaitent avoir le choix et une prise en charge personnalisée.

Ce changement fondamental par rapport à la médecine du XIX^{ème} siècle impose aux thérapeutes de s'adapter et de trouver d'autres manières de soigner. Pour se faire, la base de toute réussite thérapeutique est désormais fondée sur la communication entre le praticien et le malade. Elle nécessite des outils indispensables que les professionnels peuvent apprendre lors de formations pour ensuite faire participer activement le patient au soin. En effet, l'art de communiquer n'est pas inné et nécessite des apprentissages (Bernard et Musellec, 2013 ; Virot et Bernard, 2010).

Depuis la fin du XX^{ème} siècle, et grâce aux avancées de la recherche sur la neurophysiologie, un nouvel outil se démocratise et est de plus en plus utilisé par les professionnels de santé et notamment les chirurgiens dentistes. Il se nomme « hypnose », terme ambigu faisant référence au Dieu grec du sommeil « Hypnos », et reflétant l'impression que le sujet hypnotisé est endormi. En réalité, bien qu'immobile, il est mentalement très actif. Sa conscience est seulement fortement focalisée sur un vécu intérieur agréable (Virot, 2010 ; Michaux *et al.*, 2007).

Par le bien-être qu'elle apporte aux patients mais également aux praticiens, l'hypnose est un nouvel allié thérapeutique pour la prise en charge du stress, de l'anxiété et également de la douleur. En effet, la peur du dentiste est quasiment généralisée chez nos patients. Comme il s'agit alors de leurs émotions et non de leur cognition, il est d'autant plus difficile de gérer leur angoisse face aux soins dentaires. Le praticien doit adapter son mode de communication par des outils que l'hypnose met à sa disposition. Le but étant d'apaiser les patients et de créer un environnement agréable au cabinet.

Ce phénomène, connu depuis des siècles, est un mode thérapeutique ayant fait ses preuves qui possède autant de définitions et de noms qu'il existe de courants de pensée. Les termes de « magnétisation », « somnambulisme artificiel », « sommeil nerveux ou provoqué », ou encore « d'état de suggestibilité élevée », ne correspondent qu'à de nombreuses appellations pour un même état

physiologique. Plus simplement, nous définirons l'hypnose comme un état de conscience modifié atteint grâce à un ensemble de techniques relationnelles utilisées par le praticien. Le but étant d'orienter l'attention du patient vers une expérience agréable qui lui est propre, afin d'atteindre un état mental favorable aux soins dentaires.

Elle est avant tout une relation entre deux personnes, le thérapeute et le patient, dans laquelle le premier suggère au second qu'il va expérimenter certains changements sensitifs, moteurs et cognitifs et faire abstraction de la réalité extérieure tout en restant en relation avec le praticien. Le patient conserve son libre-arbitre et son entière vigilance : si un mal-être quelconque apparaît pendant la séance, il revient immédiatement à la réalité (Bernard et Musellec, 2013 ; Bourassa *et al.*, 1999 ; Lecoursonnois, 2006 ; Virot et Bernard, 2010).

L'état hypnotique intrigue, parfois inquiète et soulève de nombreuses questions comme « *Vais-je être manipulé ?* » ou « *Est-ce de la magie ?* ». Les processus neuro-physiologiques engendrés sont aujourd'hui en partie expliqués grâce à l'avancée de la recherche et des nouvelles technologies scientifiques. Ceci permet d'affirmer l'existence de cet état de conscience modifié (Michaux *et al.*, 2007).

Selon Milton Erickson, hypnothérapeute reconnu du XXème siècle, l'état hypnotique est un phénomène naturel, banal, se manifestant quotidiennement. Les séances d'hypnose permettent seulement d'utiliser nos capacités à un moment donné et choisi pour produire un changement voulu, comme par exemple, diminuer une forte anxiété. Il ne peut y avoir de processus hypnotique sans collaboration praticien-patient, sans motivation et confiance mutuelle (Benhaïem, 2005 ; Balken, 2004).

La pratique de l'hypnose est un nouvel outil ayant ses règles et apportant une nouvelle vision sur la notion de soin. Les patients deviennent actifs pour mener à bien leur traitement et la communication devient la base de la réussite. Son champ d'application est large, concernant aussi bien la gestion du stress et de l'anxiété (tant chez le malade que chez le thérapeute) que l'utilisation d'une meilleure communication ou la prise en charge de la douleur (Virot et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Michaux *et al.*, 2007).

Dans les prochains chapitres, l'Histoire puis les différents mécanismes de l'hypnose seront étudiés afin de comprendre son fonctionnement. Il sera expliqué comment elle permet d'acquérir une communication adaptée à chacun pour gérer le stress et l'anxiété au cabinet dentaire.

I - Evolution de l'hypnose au cours de l'Histoire :

1.1. De la magie à l'hypnose :

Depuis l'Antiquité, de nombreuses techniques impliquant des phénomènes de transe et de suggestion étaient connues et pratiquées, mais relevaient alors de la magie noire ou de la sorcellerie, sévèrement condamnées par l'Eglise au Moyen-Âge.

La transe était considérée comme le moyen d'accéder à un autre monde, magique et imaginaire.

Elle était utilisée par des guérisseurs, prêtres, magiciens ou sorciers pour entrer en relation avec le divin, pour prédire le futur ou encore permettre la guérison.

Ils atteignaient l'état de transe le plus souvent via des incantations ou des paroles allégoriques.

C'est Cardano, imminent médecin, mathématicien et astrologue, qui a découvert en 1557 le pouvoir curatif de la suggestion. Nombre de médecins et scientifiques ont tenté de prouver que les maladies de l'esprit pouvaient être guéries grâce à une médecine adéquate. Certains ont usé de paroles réconfortantes pour calmer les patients combinées à des purges (Félix Platter, 1536-1614), tandis que d'autres ont créé des chocs à l'aide d'eau glacée pour détourner momentanément l'attention du sujet.

Dès cette époque, une explication psychologique était recherchée pour les maladies corporelles, rejetant alors leur origine démoniaque et la prétendue sorcellerie. Petit à petit, les maladies corporelles et psychiques ont été dissociées, et à partir du XVI^{ème} siècle, le concept d'imagination est apparu, abandonnant les démons de l'Antiquité.

Néanmoins, la puissante influence de l'Eglise a laissé jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle une connotation négative à toute pratique impliquant une suggestion et n'étant pas strictement prouvée scientifiquement. En effet, à cette époque, l'Europe a vu naître une nouvelle philosophie, celle des Lumières, proclamant la supériorité de la raison sur les superstitions et autres phénomènes paranormaux (Virot-Ballay, 1995 ; Hegel et Georg Wilhelm Friedrich, 2005).

1.2. Le « magnétisme animal » ou « mesmerisme » :

L'hypnose est apparue dans le milieu médical au XVIII^{ème} siècle, lors de la Révolution française. C'est Franz Anton Mesmer (1734-1815), médecin allemand et célèbre magnétiseur né à Iznang, qui a remarqué la guérison de patients sans avoir eu recours aux techniques de soin de l'époque, qu'elles soient religieuses, médicamenteuses ou physiques. En tant que Fils des Lumières, et se considérant comme un descendant de Newton, il a cherché une explication rationnelle à ce phénomène et a rejeté toute théorie mystique. Selon lui, le thérapeute transmettrait à son patient un

fluide universel, nommé « fluide animal » (provenant du mot « anima » qui signifie vivant), enveloppant toute chose, et dont la circulation dans le corps peut être influencée par des aimants, minéraux ou miroirs.

Au début de sa carrière de magnétiseur, il a tenté de guérir en utilisant des aimants qu'il faisait glisser le long du corps des patients, et en appuyant sur certaines zones spécifiques, afin de remobiliser le fluide. Des convulsions, considérées comme thérapeutiques pour Mesmer, apparaissaient et démontraient selon lui l'existence du « *magnétisme animal* », précurseur du terme « *hypnose* ».

Il a constaté par la suite, que par la seule manipulation des patients, il obtenait des résultats équivalents à ceux avec utilisation d'aimants (Michaux *et al.*, 2007 ; Viro-Ballay, 1995 ; Viro et Bernard, 2010).

La maladie résulterait alors d'un trouble de la circulation du fluide ou de sa mauvaise distribution corporelle, et la guérison consisterait à rétablir cet équilibre.

Mesmer a délaissé peu à peu les aimants pour créer un baquet, d'un mètre cinquante de diamètre et de trente centimètres de profondeur, qu'il remplissait de plusieurs dizaines de litres d'eau et de limaille de fer (*Fig.1*). De celui-ci sortaient des tiges métalliques transmettant le fluide et au bout desquelles étaient accrochées des ficelles. Les malades prenaient place autour de la cuve, les uns à côté des autres, et saisissaient chacun un fil concentré en énergie curative et en fluide (*Fig.2*). Ils l'appliquaient ensuite sur les zones malades de leur corps.

Le baquet était conçu comme un condensateur de fluide où celui-ci était emmagasiné, puis redistribué entre les malades (Michaux *et al.*, 2007 ; Viro-Ballay, 1995 ; Viro et Bernard, 2010)

Mesmer et ses assistants effectuaient alors leur travail de magnétiseur sur chaque patient individuellement.

Pour permettre l'induction d'une transe, l'ambiance de ces séances collectives était soignée : orchestre de chambre, pénombre. Il a alors obtenu des résultats impressionnants : convulsions aux vertus thérapeutiques, sommeil artificiel et bien sûr la guérison.

Pour les optimiser, les rendez-vous étaient successifs, parfois plusieurs fois par jour, et la cure pouvait durer de plusieurs jours à plusieurs mois.

Mesmer a alors introduit une notion fondamentale dans le processus de guérison, celle de l'importance d'une relation étroite avec le patient, de « *se mettre en harmonie avec lui* ». Le malade est alors mis en valeur et participe activement aux soins (Viro-Ballay, 1995 ; Michaux *et al.*, 2007).

Cette théorie du « *magnétisme animal* » a été très controversée et des enquêtes ont été exigées par le Roi afin de déterminer si les phénomènes observés étaient réellement dus à la présence du fluide. Les commissaires et scientifiques ont conclu à son inexistence. Pour ces derniers, les résultats observés relevaient de quatre facteurs : les attentes, les émotions, l'imitation et l'imagination. Cette dernière est alors considérée comme un moteur actif du couple psyche-soma, activée par l'espoir et les attentes des malades. L'imagination devint ainsi un facteur thérapeutique officiel par laquelle le patient accède à ses propres ressources, à son « imaginaire », renommé plus tard « inconscient » (Viro-Ballay, 1995 ; Viro et Bernard, 2010 ; Michaux *et al.*, 2007).

En 1784, Mesmer était très célèbre. Néanmoins, ses idées et techniques n'étaient pas reconnues comme une science médicale à part entière. Sa personnalité exubérante a desservi le magnétisme et a inquiété les autorités qui le condamnèrent par deux fois. Après avoir fait faillite, il est parti en Suisse où il est décédé en 1815, affirmant toujours l'action d'un fluide et non celle d'une action psychologique.

Il restera le précurseur des magnétiseurs modernes et de l'hypnose, mettant en évidence l'importance de la relation thérapeute-malade (Virot-Ballay, 1995 ; Virot et Bernard, 2010 ; Michaux *et al.*, 2007).

1.3. Les recherches des disciples de Mesmer :

1.3.1 Armand Marie Jacques de Chastenet de Puységur (1751-1825) :

Elève de Mesmer, il a été le premier à décrire le « *somnanbulisme provoqué* » ou « *sommeil artificiel* », ayant les mêmes caractéristiques que l'hypnose telle qu'on la pratique de nos jours. Il a obtenu chez les patients une crise sans convulsions, à la différence de Mesmer, révélant ainsi qu'elles n'étaient pas indispensables à l'efficacité du traitement tout comme le contact physique. Il a montré également l'importance du contact verbal entre le magnétiseur et le patient, et a affirmé que la clé de la réussite résiderait dans la volonté du magnétiseur. Il a mis en valeur les ressources du malade à l'état de somnanbulisme provoqué, dans lequel le malade restait lucide et où la conscience persistait. Le sujet entrait en catalepsie, c'est-à-dire qu'il subissait une diminution de la motricité permettant une plus grande disponibilité de sa réalité intérieure.

Puységur, en fils des Lumières, a voulu étendre les résultats de ses recherches à l'ensemble de la population pour ne pas les réserver à quelques privilégiés fortunés. Il a été le premier à utiliser le « *sommeil artificiel* » pour des raisons thérapeutiques et pour tous. L'idée du fluide est peu à peu abandonnée pour celle de la relation patient-praticien (Michaux *et al.*, 2007 ; Virot-Ballay, 1995 ; Virot et Bernard, 2010).

1.3.2. José Custodio De Faria (1755-1819) :

Ce prêtre portugais originaire des Indes, a également été professeur de philosophie dans un lycée à Marseille, puis à Nîmes et enfin à Paris où il a créé un cours sur le « *somnambulisme lucide* ». Il a rejeté le mesmérisme, c'est-à-dire l'existence d'un fluide, le concept de Puységur (l'action de la volonté du magnétiseur), et également l'idée de l'action de l'imagination.

Il a reconceptualisé le phénomène : pour lui, l'apparition du « *sommeil lucide* » serait due à l'effet de concentration sur l'idée même du sommeil. L'opérateur ne ferait qu'identifier les ressources du patient pour ajuster son soin en conséquence.

Selon lui, la clé résiderait alors dans la capacité de concentration, dans la suggestibilité, dans l'importance des croyances du patient et dans l'imagination de celui-ci.

Il a décrit les processus de différenciation, d'amnésie et d'analgésie, dont les mécanismes interrogent encore aujourd'hui. Il a créé une nouvelle technique d'induction basée sur la fixité du regard sur un point précis, en suggérant au patient de se concentrer sur l'idée de sommeil afin qu'il atteigne l'état de « *sommeil lucide* ».

De Faria est souvent considéré comme le premier à avoir attribué une théorie psychologique à ce phénomène et à avoir pensé que le sommeil magnétique dépendrait essentiellement du sujet et non du magnétiseur. Il a attaché beaucoup d'importance aux suggestions verbales entre les deux protagonistes.

Il a créé un cours où il expliquait le phénomène de transe comme provenant de deux origines : la fascination du sujet pour l'opérateur et la force de persuasion de celui-ci. Il se forma alors peu à peu en France les premiers groupes d'hypnotiseurs grâce à ces rencontres (Virot-Ballay, 1995 ; Michaux *et al.*, 2007).

1.4. L'essor de l'hypnose en Europe au XIXème siècle :

1.4.1. James Braid (1795-1860) : naissance de l' « *hypnotisme* » :

Chirurgien anglais de Manchester, il a cherché à comprendre les mécanismes scientifiques du phénomène, réfutant comme De Faria la théorie du fluide et tout aspect mystique ou magnétique.

Lors de ses expérimentations, il a observé que la fixation prolongée du regard provoque une tension nerveuse oculaire, puis une fatigue psychologique emmenant le patient dans un état de « *sommeil nerveux* », proche du sommeil classique. Il a ainsi développé sa propre technique d'induction, le Braidisme, reposant sur la fixation d'un objet brillant et la concentration sur une pensée unique. Cette focalisation est nommée « *mono-idéisme* ».

Il a démontré l'importance des facteurs psychologiques, de la suggestion verbale et de la concentration mentale lors de la phase d'induction. Il a mis également en évidence la nécessité d'avoir un patient en confiance, détendu et participant activement à la phase d'induction.

Braid voulait renommer ce sommeil artificiel et a proposé le terme d' « *hypnotisme* », référence au Dieu grec du sommeil Hypnos.

Il a recommandé l'hypnose pour le traitement des maladies fonctionnelles et nerveuses, pour les crises convulsives, les spasmes et tous les rhumatismes où les muscles sont fortement contractés (Virost-Ballay, 1995 ; Rossi et Rossi, 2008 ; Virost et Bernard, 2010 ; Michaux *et al.*, 2007).

1.4.2. James Esdaile (1808-1859) : l'hypnose pour la chirurgie :

A cette époque, on observe un intérêt tout particulier des chirurgiens pour l'hypnose, qui remarquèrent l'avantage de soigner des patients plongés dans un état de transe, alors détachés de la réalité.

Un chirurgien écossais, James Esdaile, a réalisé des opérations difficiles sur 261 patients lors de son voyage en Inde (Bellet, 2006). Ses comptes rendus font état d'une réduction de la mortalité qui passe de 45 à 5 %, avec la même technique opératoire et les mêmes conditions d'asepsie qu'en Europe (nous sommes avant Pasteur et les antibiotiques sont encore inconnus). Il a remarqué l'absence de douleur durant la chirurgie et en post-opératoire. La seule différence est la protection de la conscience du sujet par une technique mentale (Virost-Ballay, 1995 ; Rossi et Rossi, 2008 ; Virost et Bernard, 2010 ; Michaux *et al.*, 2007).

1.4.3. Ambroise Auguste Liébault (1825-1904) : l'art de la suggestion :

Ce médecin généraliste de Nancy a utilisé la suggestion verbale de manière systématique à des fins thérapeutiques et pour de nombreux patients. Il a nommé l'hypnose « *sommeil provoqué* », dans lequel la suggestion verbale était plus efficace qu'en état de veille classique. Celle-ci permettait d'augmenter la suggestibilité du sujet et de provoquer l'apparition du phénomène hypnotique. Ici, c'est l' « *endormeur* » qui parlait par des mots choisis soigneusement et prononcés de telle ou telle manière, afin d'atteindre l'état de « *sommeil provoqué* » recherché. Pour y accéder, il prônait l'isolement des sens et la concentration de l'attention. Le vécu du malade était également pris en compte. Il utilisait la suggestion directe, où le message transmis était clair et énoncé de manière autoritaire. Le patient gardait néanmoins son libre arbitre et n'était en aucun cas soumis.

Liébault enseignait la prudence et l'observation minutieuse du travail de l' « *endormeur* » (Virost-Ballay, 1995 ; Bellet, 2008 ; Michaux *et al.*, 2007).

Sa pratique a intéressé Bernheim qui l'a alors rejoint à Nancy où ils ont créé ensemble l'Ecole de Nancy, permettant à l'hypnose d'être enseignée dans un hôpital universitaire. Ceci a permis un regain d'intérêt pour cette discipline et pour l'analgésie hypnotique, à une période (vers 1850) où les praticiens préféraient utiliser l'éther et le protoxyde

d'azote. En effet, ces méthodes paraissaient plus fiables et reproductibles pour soigner les patients et calmer leurs douleurs. L'analgésie pharmacologique était née et concurrençait celle réalisée par induction hypnotique (Virot et Bernard, 2010 ; Virot-Ballay, 1995).

1.5. L'âge d'or de l'hypnose (1882-1902) : l'affrontement de deux Ecoles :

1.5.1. Jean Martin Charcot (1825-1893) : l'hypnose comme symptôme d'une pathologie hystérique :

Premier titulaire de neurologie en France à la Salpêtrière de Paris, Charcot a décidé d'étudier l'hypnose dans son service. Selon lui, elle serait un état pathologique, signe d'une névrose hystérique. En effet, il a remarqué de grandes similitudes entre les symptômes de cette maladie et l'état hypnotique. Il a proclamé que seuls les patients prédisposés à l'hystérie étaient susceptibles d'être hypnotisés, et donc que l'hypnose ne pouvait être utilisée de manière thérapeutique. Il s'est intéressé aux changements neurologiques lors de la transe comme l'amnésie, la modification de certains réflexes ou encore la perte de la motricité. Selon lui, ils ne surviendraient que chez des sujets prédisposés à l'hystérie et ayant une forte suggestibilité.

Ces travaux ne faisaient pas l'unanimité au sein de la communauté scientifique en raison des erreurs techniques commises lors des séances expérimentales. En effet, ses patients étaient préparés par ses disciples afin qu'ils réagissent comme Charcot le désirait. La manipulation entachait les symptômes observés (Michaux *et al.*, 2007 ; Virot et Bernard, 2010).

1.5.2. Hyppolite Bernheim (1840-1919) : l'anti-thèse de Charcot :

Professeur à la faculté de médecine de Nancy, il a soutenu, à l'opposé de Charcot, que l'hypnose est un phénomène psychique normal que chacun peut expérimenter. Selon lui, elle permettrait seulement d'accroître la suggestibilité de l'état de veille en diminuant nos résistances par le sommeil. Il l'a définie par « *l'aptitude à être influencé par une idée acceptée par le cerveau, et à la réaliser* ».

Il a créé sa propre théorie, « la loi de l'idéo-dynamisme », expliquant que toute émotion, sensation ou idée suggérée, tendrait à produire une action ou, à l'inverse, à l'inhiber. Pour lui, tous les phénomènes hypnotiques pourraient être provoqués par simple suggestion verbale, et à partir de l'état de veille, grâce à la concentration du sujet sur l'idée de s'endormir (Michaux *et al.*, 2007 ; Bernheim, 2004).

La suggestibilité par le sommeil laisse alors place à celle accessible par l'état de veille. Il admettait qu'elle est variable selon les sujets et leur vécu.

Intéressé par les travaux de Liébault avec lequel il a créé une école à Nancy, il a étudié une nouvelle façon de soigner prenant en compte le psychisme de chaque patient avant les séances d'hypnose.

Grâce à querelle entre ces deux Ecoles, celle de la Salpêtrière et celle de Nancy, l'hypnose connaît son âge d'or de 1882 à 1902. Les deux premiers congrès internationaux ont été organisés à Paris en 1889 et en 1900, regroupant les disciples des deux théories, des scientifiques de renommée mondiale.

Cette théorie est rapidement devenue supérieure à celle de Charcot et a marqué une réelle avancée.

Après 20 ans de querelles, l'hypnose est peu à peu abandonnée par le corps médical, fatigué de n'avoir au final aucune preuve strictement scientifique et seulement des suppositions. Elle semble trop aléatoire, mystérieuse et difficile d'accès. La psychothérapie lui est préférée (Virost-Ballay, 1995 ; Virost et Bernard, 2010).

1.6. Le XXème siècle : l'association de la psychanalyse et de l'hypnose :

1.6.1. Pierre Janet (1859-1947) :

Disciple de Charcot, il s'est intéressé notamment à la composante inconsciente du fonctionnement humain. Au décès de son professeur, il a perpétué ses recherches durant la phase d'oubli de l'hypnose à la fin du XIXème siècle. Néanmoins, contrairement à celui-ci, il était persuadé du réel intérêt de l'hypnose pour la psychothérapie. Il a affirmé qu'elle provoquerait, comme l'hystérie, une dissociation de la conscience, conséquence des phénomènes d'amnésie, de catalepsie alors observés.

Par ses recherches, il rejoignait les travaux de Freud sur l'inconscient (Virost-Ballay, 1995 ; Michaux *et al.*, 2007).

1.6.2. Sigmund Freud (1856-1939) :

Elève de Charcot à Paris, ce médecin autrichien a été peu à peu intéressé par les phénomènes inconscients qu'il avait pu observer à la Salpêtrière.

De retour à Vienne, il a commencé à pratiquer la psychothérapie en lui associant des méthodes de suggestion utilisées pour induire l'hypnose. Il a ensuite privilégié la concentration du patient avec laquelle il obtenait, selon lui, le degré le plus élevé possible d'hypnose.

On est alors passé d'une pratique hypnotique fondée sur la suggestion, à une méthode reposant sur le changement d'état de conscience par la concentration (Michaux *et al.*, 2007).

1.7. Le XXIème siècle : le temps de l'hypnose contemporaine :

Au XXIème siècle, on observe un regain d'intérêt pour l'hypnose, notamment au USA durant les deux Guerres Mondiales. En effet, elle était utilisée pour soigner les névroses, conséquence des traumatismes de guerre. Dès les années 1960, de nombreuses recherches ont eu lieu (en grande partie réalisées par le professeur E. Hilgard et son assistant le professeur A. Weitzenhoffer) afin d'établir des outils de référence pour la pratiquer et ainsi élargir son champ d'application thérapeutique.

Dans le domaine médical, elle permettait notamment de traiter les douleurs aiguës et chroniques, les brûlures ainsi que les troubles psychosomatiques. Elle s'utilisait également en prévention des difficultés émotionnelles rencontrées par certains patients suite aux conflits.

Les techniques auto-hypnotiques se sont peu à peu développées, permettant aux malades et aux praticiens d'intervenir eux-mêmes sur leurs maux ou leur mal-être. Durant cette période, on observe une remise en cause de nombreuses croyances avérées fausses à propos des phénomènes hypnotiques (condition d'apparition, techniques d'induction...) (Michaux *et al.*, 2007 ; Bernard et Musellec, 2013).

1.7.1. Lewis Wolberg (1905-1988) : l'hypnoanalyse :

Psychanalyste américain, il a développé ce qu'il nommait « *l'hypnoanalyse* ». Cette technique consistait, une fois l'hypnose induite, à rétablir l'expression du sujet de manière libre, et ainsi d'accéder à ses émotions profondes. Il a ainsi abouti à un travail associatif entre praticien et patient.

En France, d'autres thérapeutes tels que J. Palaci, L. Chertok ont approuvé cette méthode, aujourd'hui une des plus employées par les praticiens formés à l'hypnose (Michaux *et al.*, 2007).

1.7.2. Milton H. Erickson (1901-1980) : la naissance d'une nouvelle hypnose dite « éricksonienne » :

Différents auteurs (Viro, 1988 ; Michaux *et al.*, 2007; Viro et Bernard, 2010 ; Rossi et Rossi, 2008 ; Hegel et Georg Wilhelm Friedrich, 2005) expliquent que cet éminent psychiatre américain a permis une évolution majeure des pratiques hypnotiques et leur essor au sein des communautés scientifiques et médicales.

Fort de son expérience personnelle (à 17 ans, atteint de polyomyélite et paralysé complètement, il a réussi à surmonter d'importantes difficultés en utilisant des processus auto-hypnotiques), il a créé de nouvelles approches pour potentialiser la suggestibilité des sujets à l'hypnose et leur permettre de renouer avec leur sensibilité. Il a démontré que l'hypnose permet d'accéder à ses propres ressources inconscientes pour élaborer des stratégies positives créatrices afin d'engendrer le changement voulu.

Il a créé « *l'hypnose éricksonienne* », méthode la plus utilisée actuellement par les thérapeutes du monde entier et considérée comme une référence. Elle consiste à utiliser les ressources du patient pour obtenir le résultat recherché et préalablement établi en collaboration avec celui-ci. Ici, le praticien ne suggère rien de manière autoritaire mais au contraire, utilise et décode le langage du patient.

Milton Erickson voulait élaborer des techniques accessibles à chacun et a prouvé l'intérêt de cette pratique tant pour les troubles psychiques que pour les douleurs physiques. Ses recherches ont été effectuées au cours d'une période propice, surtout dans les années 1945 lors de la seconde Guerre Mondiale où les praticiens recherchaient de nouveaux outils pour soigner les blessés de guerre.

Il a expliqué que la transe hypnotique permet d'activer nos propres ressources atteintes par le praticien grâce à des techniques de suggestions indirectes basées sur des images, des métaphores. Ce phénomène de transe serait naturel, quotidien et expérimenté de manière inconsciente par tous. Ainsi, l'hypnose n'est plus seulement utilisable sur des sujets particuliers.

Il a également démontré l'importance du vécu, de l'histoire, du passé, des attentes et de la sensibilité de chacun pour guérir. Le praticien et le patient doivent avoir une relation de confiance où le soignant se met entièrement à l'écoute du malade en s'adaptant à son propre mode de communication.

Contrairement à l'hypnose dite classique, autre courant hypnotique de l'époque, l'hypnose éricksonienne n'utilise pas de suggestions autoritaires et directes. Elle est basée sur la communication avec le patient qui garde entièrement son libre-arbitre. Erickson a développé nombre de techniques que nous étudierons plus tard pour guider les praticiens et élargir ainsi l'utilisation de l'hypnose à des fins thérapeutiques pour tous.

1.7.3. L'hypnose en France :

Après les recherches de Pierre Janet (1859-1947) sur la composante inconsciente du fonctionnement humain, l'hypnose était quasiment oubliée en France. Néanmoins, L. Chertok et D. Michaux ont continué leurs

recherches. Ils ont défendu l'importance de l'utilisation des éléments hypnotiques lors d'une psychanalyse, se heurtant au climat thérapeutique hostile de l'époque.

Ils ont créé ensemble une structure pour la recherche avec l'aide de l'association L'Elan Retrouvé, et ont exploré différents sujets comme la mémorisation et l'hypnose, l'analgésie hypnotique, les effets physiologistes de cette technique...

Malgré les nombreux congrès organisés dans le monde par ces deux confrères, il faudra encore plusieurs années avant de reconsidérer l'hypnose comme un outil thérapeutique à part entière (Michaux *et al.*, 2007 ; Virot et Bernard, 2010).

Du XVIIIème siècle au XXIème siècle, l'hypnose a successivement connu des périodes d'intérêt, de recherches et d'abandon. L'évolution de la compréhension des processus hypnotiques s'est essentiellement effectuée sur le mode d'induction, la suggestion et la relation patient-praticien.

1.8. L'hypnose aujourd'hui :

De nos jours, notamment grâce aux médias et à la publication de recherches, on observe un regain d'intérêt pour l'hypnose par les praticiens et la population en général. Des formations sont créées et proposées aux professionnels de santé pour tous les domaines médicaux (chirurgiens dentistes, anesthésistes, pédiatres, psychiatres, chirurgiens...). Elles proposent des pratiques variées et des sujets adaptés à chaque profession (traitement des traumatismes, soulagement de la douleur, accouchements, aide à la concentration et à la relaxation...). Des réseaux sont créés pour regrouper les personnes formées à cette discipline, comme Emergence ou encore Hypnoteeth. Des Diplômes d'Etat sont aujourd'hui proposés et reconnus à l'hôpital de la Salpêtrière de Paris, démocratisant l'utilisation de l'hypnose dans le corps médical et la rendant légitime.

II - Fonctionnement cérébral et consciences :

Jusqu'au milieu du XXème, l'hypnose était encore considérée comme un état de sommeil somnambulique. Les connaissances sur le processus hypnotique n'étaient que suggestions et les preuves scientifiques manquaient pour légitimer l'usage de l'hypnothérapie en médecine.

2.1. L'utilisation de l'électroencéphalogramme :

En 1949, l'électroencéphalogramme (EEG), qui permet d'enregistrer l'activité électrique cérébrale, a démontré que l'hypnose n'est ni un état de sommeil ou de coma, mais au contraire un état de veille où le sujet est entièrement conscient. La recherche d'un tracé électrique spécifique à l'état hypnotique a échoué puisqu'il est le même qu'à l'état normal de veille (Virot et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Vion-Dury et Blanquet, 2008).

Des scientifiques ont cherché à mettre en évidence les modifications neurophysiologiques apparaissant lors de l'hypnose.

F.J Evans en 1972 notamment, s'est intéressé à l'analyse des rythmes (ou ondes) qui composent un électroencéphalogramme normal. Ils sont de 4 types et répartis différemment au niveau cérébral.

Le rythme bêta est rapide et de localisation diffuse. Il correspond à la veille attentive et à l'activité motrice. Il est situé au niveau des régions frontales et centrales du cerveau.

Le rythme alpha est localisé en postérieur. Il s'observe lors de la veille dite calme où les yeux sont fermés et où il n'y a ni activité motrice ni activité intellectuelle.

Le rythme thêta a une localisation centrale et temporale. On le retrouve dans différents états de conscience : la veille, l'endormissement et le sommeil paradoxal. Il est également associé à la cognition, à la résolution de problèmes ou encore à la production d'images.

Enfin, le rythme delta, dit à « ondes lentes », est situé au niveau frontal et correspond au sommeil lent profond (Michaux *et al.*, 2007 ; Vion-Dury et Blanquet, 2008 ; Rossi, 2008 ; London *et al.*, 1968).

Les résultats des recherches de F.J Evans portant sur la mesure des rythmes alpha lors d'un état de veille et lors d'une séance d'hypnose, montrent qu'il n'y a aucune modification significative tant au niveau de la fréquence, que de la densité ou de l'amplitude de ce rythme.

En revanche, une relation positive a été établie entre les ondes thêta et la susceptibilité hypnotique, et cela au niveau des deux hémisphères cérébraux (droit et gauche). En effet, lors de l'hypnose, et à n'importe quel moment du processus, il y a une production majorée de ces ondes, d'autant plus vraie si le sujet est fortement hypnotisable.

Cette augmentation serait due à la concentration soutenue que doit avoir le sujet sur ses pensées intérieures. Cela interagirait avec le système fronto-hippocampo-limbique, siège des émotions, de l'attention et espace temporaire de stockage de la mémoire récente, avec lequel communiquent les régions frontales et temporales où siège le rythme thêta. Ce système serait le générateur d'une majoration de ces ondes.

La recherche d'éventuelles modifications des rythmes bêta (veille active) et delta (sommeil profond) lors du processus hypnotique n'a pas lieu d'être car ils ne correspondent pas à l'état de veille présent lors de l'hypnose.

L'EEG a permis de recueillir quelques données scientifiques intéressantes sur le processus hypnotique au niveau cérébral. Il est désormais démontré que le patient est bien éveillé lorsqu'il est hypnotisé. Néanmoins, les résultats demeurent modestes.

D'autres études ont recherché en vain des modifications physiologiques consécutives à l'hypnose (fréquences respiratoires et cardiaques, pouls, pression artérielle). Il faudra attendre la fin des années 1950 pour que l'étude scientifique du phénomène soit approfondie grâce à l'apparition des techniques d'imagerie cérébrale fonctionnelle (Faymonville *et al.*, 2000 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Benhaiem, 2005 ; Virot et Bernard, 2010 ; Vion-Dury et Blanquet, 2008 ; Rossi *et al.*, 2006).

2.2. L'imagerie cérébrale : l'objectivation du processus hypnotique :

Grâce aux nombreuses expériences menées sur le sujet, l'hypnose médicale a été reconnue par la British Medical Association et par l'American Medical Association à la fin des années 1950. Des échelles d'hypnotisabilité ont été créées pour une observation rigoureuse des processus, comme celles de Stanford (inventée par Hilgard et Weitzenhoffer) ou encore d'Harvard (mise au point par Orne) qui sont les plus utilisées actuellement (Virot et Bernard, 2010).

2.2.1. La mesure du débit sanguin cérébral :

Les premiers modèles théoriques affirmaient une asymétrie du fonctionnement hémisphérique cérébral lors de l'hypnose. Classiquement, on parle de cerveau gauche et de cerveau droit. Le premier serait plus analytique, logique et rationnel. Le second correspondrait davantage à l'imagination.

L'idée d'un désengagement total de l'hémisphère gauche au profit du droit a été rapidement démontrée comme étant fautive grâce aux données d'imagerie cérébrale.

Dans les années 1990, la neuro-imagerie fonctionnelle permet de mettre en évidence les particularités cérébrales du processus hypnotique. La tomographie par émission de positons (TEP) et l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) apparaissent, rendant alors possible les mesures indirectes de l'activité cérébrale.

Celles-ci s'effectuent en évaluant les variations de débit sanguin au sein des différentes régions du cerveau.

En 1997, Rainville a localisé la composante affective de la douleur au niveau du cortex cingulaire antérieur. Il a montré que l'activité de celui-ci croît significativement avec la douleur ou encore l'inconfort.

La figure 7, extraite du livre de Drake et coll. paru en 2010, illustre la localisation des cortex cingulaire antérieur et somatosensoriel.

A la même période, Faymonville, Maquet et leurs collaborateurs ont mené une étude qui objective également que le cortex cingulaire antérieur est impliqué dans la composante émotionnelle de la douleur, mais aussi dans la totalité du processus nociceptif. Ils ont proposé à des sujets volontaires et sains d'être allongés, les yeux fermés et en état de veille dans un premier temps. Ensuite, ils leur ont demandé de se remémorer un souvenir agréable (étape d' « imagerie mentale autobiographique »). Enfin, ils ont utilisé ce même souvenir lors d'une séance d'hypnose.

Ils ont observé grâce à la TEP des modifications spécifiques de certains débits sanguins régionaux lors de la séance d'hypnose. Ils ont également noté un changement de l'activité cérébrale régionale au sein des structures visualisées. Rainville et ses associés ont mené des études en 1999 confirmant ces résultats.

En résumé, ces découvertes majeures pour la compréhension des phénomènes hypnotiques montrent des activations et inactivations de zones cérébrales pendant l'hypnose. Le cortex cingulaire antérieur et le cortex prémoteur sont activés alors qu'ils ne le sont pas lors de l'éveil au repos et l'étape d'imagerie mentale.

A l'inverse, le cortex postérieur et le précunéus (situé dans le lobe pariétal) sont spécifiquement inactivés lors de l'hypnose alors qu'elles sont activées lors des deux autres états.

Enfin, il existe des zones activées spécifiquement chez certains sujets lors de l'hypnose. Cela dépend du souvenir choisi. Par exemple, s'il est majoritairement visuel, on note des activations au niveau du lobe occipital, siège de la vision. Ces zones ne sont pas activées lors de la session d'imagerie mentale, alors que le souvenir est le même (Virot et Bernard, 2010 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Benhaiem, 2005 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Rainville *et al.*, 1997 ; Rainville *et al.*, 1999 ; Maquet *et al.*, 1999 ; Faymonville *et al.*, 2000 ; Delaunay et Plantet, 2006).

Les travaux de Rainville en 2002 et 2004 ont montré que la diminution du débit sanguin dans le tegmentum du tronc cérébral (zone sous-corticale du cerveau impliquée notamment dans les mouvements volontaires) est corrélée à une baisse de la vigilance et de l'éveil lors de l'hypnose. Il a également remarqué une augmentation du flux sanguin dans la zone occipitale, donc une diminution des inhibitions touchant normalement cette zone lors d'une attention modérée ou élevée. Cette baisse des processus inhibiteurs contribue à l'augmentation du flux sanguin dans la région occipitale (Michaux *et al.*, 2007 ; Rainville *et al.*, 2002 ; Rainville et Price, 2004).

2.2.2. L'étude de la perception des couleurs pendant l'hypnose :

En 2000, Kosslyn et ses collaborateurs se sont intéressés aux variations du débit sanguin cérébral lors d'illusions visuelles portant sur les couleurs et générées par l'hypnose. Le cortex fusiforme (situé à la face inférieure du lobe temporal) et le cortex lingual (au niveau de la face inféro-interne du lobe occipital) sont habituellement impliqués pour la vision des couleurs.

Par exemple, si un objet coloré est présenté à un sujet hypnotisé, ces aires sont activées comme s'il était à l'état de veille classique. En revanche, si on lui montre un objet sans couleur tout en lui suggérant qu'il est coloré, on observe la même activation de ces zones, comme s'il voyait réellement les couleurs.

A l'inverse, un objet coloré qui est suggéré comme étant gris sera perçu sans couleur et on observera alors que les cortex fusiforme et lingual ne sont pas activés.

Cette étude montre encore une fois l'existence de modifications intervenant spécifiquement lors de l'hypnose, qui n'est plus considérée comme un jeu de rôle ou un état cérébral seulement observable chez certains sujets (pathologies hystériques, personnalité atypique...). En effet, dans toutes les études citées, les sujets sont sains et volontaires (Virot et Bernard, 2010 ; Kosslyn, 2000 ; Benhaiem, 2005).

2.2.3. L'absorption hypnotique et la relaxation :

En 2004, Rainville et Price ont mis en évidence l'existence de modifications neuronales lors de la relaxation hypnotique cohérentes avec la diminution de l'inhibition des représentations mentales et neurologiques. La relaxation hypnotique et l'absorption mentale provoquent des changements du débit sanguin cérébral, également observés lors d'une focalisation de la pensée et lors des états modifiés de vigilance.

Ainsi, en permettant aux représentations cérébrales de s'exprimer et donc en favorisant la flexibilité mentale, la relaxation permet de créer un contexte favorable aux suggestions hypnotiques, alors plus facilement intégrées par le sujet. Le potentiel expérientiel du sujet est augmenté. Cela lui donne la possibilité d'accéder plus facilement à ses expériences internes et de mieux répondre aux suggestions du praticien. De plus, ces modifications de l'activité cérébrale permettent l'accès aux réponses somatiques involontaires impliquées dans la régulation viscéro-motrice.

Les techniques de relaxation sont donc indiquées et conseillées pour favoriser l'hypnose et particulièrement son induction. Elles favorisent la prise en charge du stress et de l'anxiété, mais aussi de la douleur, en créant un climat favorable où le sujet sera plus réceptif (Lecoursonnois, 2006 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Benhaiem, 2005 ; Rainville et Price, 2004).

Les données récentes de la neurophysiologie recueillies grâce à l'EEG et surtout grâce à l'imagerie cérébrale, permettent de comprendre et de découvrir comment l'hypnose opère au niveau de notre cerveau et interagit avec notre corps. Ces découvertes replacent l'hypnose au cœur des outils thérapeutiques dont dispose le praticien, notamment pour la gestion du stress et de l'anxiété.

Néanmoins, même si les neurosciences explorent de plus en plus précisément le fonctionnement des processus hypnotiques, l'hypnose reste une discipline clinique qui trouve son intérêt dans les applications pratiques en relation avec le patient. Une meilleure prise en charge thérapeutique est permise grâce à l'hypnose en activant les ressources propres au sujet.

Même s'il demeure encore de nombreuses approximations, les états mentaux comme la veille et le sommeil, sont aujourd'hui connus (Benhaiem, 2005 ; Virost et Bernard, 2010, Michaux *et al.*, 2007).

2.3. La réalité et la conscience critique :

Les scientifiques ont apporté la preuve de l'existence de l'hypnose, qui correspond à un état proche du sommeil et également à un état mental de veille. Afin de bien comprendre la notion de « *conscience* », celle de « *réalité* » est essentielle à connaître.

2.3.1. La réalité extérieure et la réalité intérieure :

La réalité se définit par l'ensemble des choses qui composent le monde. Sa perception s'effectue par un ensemble de processus conscients et inconscients. On distingue 2 types de réalité, qualifiées d'extérieure et d'intérieure.

La réalité extérieure correspond à tout ce qui nous entoure : les objets, les bruits, les gens... Nous percevons ces informations grâce à différents capteurs sensoriels qui seront détaillés dans un autre chapitre. Elle est bien plus importante et vaste que ce que l'être humain peut capter, limités par ses capacités.

La réalité intérieure est spécifique à un individu, et s'assimile à nos idées, nos émotions, nos expériences. Elle se compose de tout ce qui est en nous et ce dont nous nous souvenons ou pas. Le premier filtre de nos souvenirs est effectué par l'hippocampe (appartenant au système limbique), zone de stockage de la mémoire implicite. Le second, quant à lui, est réalisé par l'amygdale cérébrale et l'insula, centres des émotions. Il y a une très grande variabilité de la réalité intérieure entre chaque personne. Chacun est unique, avec son propre vécu, et réagira donc de manière spécifique à une situation donnée.

Nous créons en permanence des interprétations de la réalité extérieure, d'autant plus déformées si le contexte émotionnel est chargé. C'est particulièrement vrai pour le patient, anxieux, face au dentiste.

De plus, pour une même situation, la réalité intérieure du patient et du dentiste peut être totalement différente. Voici quelques exemples dans le tableau ci-après (*Fig.8*) (Virost et Bernard, 2010 ; Rossi, 2008 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Balken et Melchior, 2004 ; Bioy et Michaux, 2007 ; Bernheim, 2013).

Fig.8 : Tableau d'exemples de réalités intérieures (Bernard et Musellec, 2013).

De même, face à une image, chacun peut voir une signification propre. Prenons l'exemple de ce dessin (*Fig.9*), réalisé par Sandro Del Prete et extrait du site hypnofamille.weebly.com.

Fig. 9 : Dessin musicien-femme (Sandro Del Prete, 2014).

Certains y verront un saxophoniste, d'autres un visage de femme. L'importance de ces variations individuelles pour le thérapeute, qui doit respecter les protocoles de l'hypnose tout en s'adaptant à la réalité intérieure du patient et ainsi faciliter les soins, sera expliquée plus tard (Virost et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013).

2.3.2. La conscience critique ou globale :

En général, la notion d'« *éveil* » est assimilée à celle de « *conscience* ». Ce terme est difficile à comprendre et à décrire, bien qu'il soit connu et régulièrement utilisé.

La conscience n'est pas encore totalement élucidée. C'est un processus dynamique fluctuant au cours du temps selon les perceptions sensorielles extérieures que nous captions (les sons, les odeurs, les images...). Nous avons vu qu'il varie aussi en fonction de l'interprétation que nous en faisons selon notre réalité intérieure. On parle d'« *état conscient* » comme s'il était unique, alors qu'il en existe beaucoup qui correspondent à toutes nos expériences quotidiennes : discuter entre amis, faire du sport, se concentrer, soigner un patient... Il se compose de différentes modalités : la veille, le sommeil et le coma.

Chaque moment d'éveil est corrélé à un état conscient spécifique où la personne doit prêter attention aux informations reçues du monde extérieur et du monde intérieur. Ces messages cheminent dans le système nerveux et le cerveau sans qu'elle s'en aperçoive. Elle les découvre lorsqu'elle oriente son attention vers ces informations de manière plus précise.

La conscience ordinaire ou globale comprend deux types de pensées. Les premières proviennent de notre mémoire, de ce qui est objectif et rationnel comme la science, les protocoles, l'anatomie dentaire... Les secondes sont des pensées virtuelles permettant l'imaginaire, la création, l'anticipation aux nouvelles situations. Elles sont importantes dans le métier de soignant pour faire face aux imprévus, aux difficultés imprévisibles. Cette dimension

de la conscience apporte une souplesse mentale, facilitant notre travail et permettant de mieux gérer les imprévus (retard, problème de matériel...). Elle est orientée vers les émotions.

Ces deux sortes de pensées sont en permanence présentes et s'associent en général équitablement. Il y a un échange continu entre le réel (ce qui est objectif) et le virtuel (ce qui est subjectif). Cependant, une prédominance peut exister pour la conscience rationnelle. On parlera alors de conscience critique, qui analyse plutôt le présent et ce que nous observons en fonction de nos connaissances passées. Elle nous permet d'accomplir les tâches quotidiennes, de travailler, de réfléchir... A l'inverse, si la composante imaginaire est majoritaire, on parlera de transe. Celle-ci sera expliquée dans le prochain chapitre.

Ces prédominances s'expliquent par le fait que les pensées et les émotions ne sont pas figées mais souples et en mouvement, en interaction permanentes avec le monde.

La figure suivante illustre ces deux modalités (*Fig. 10*) :

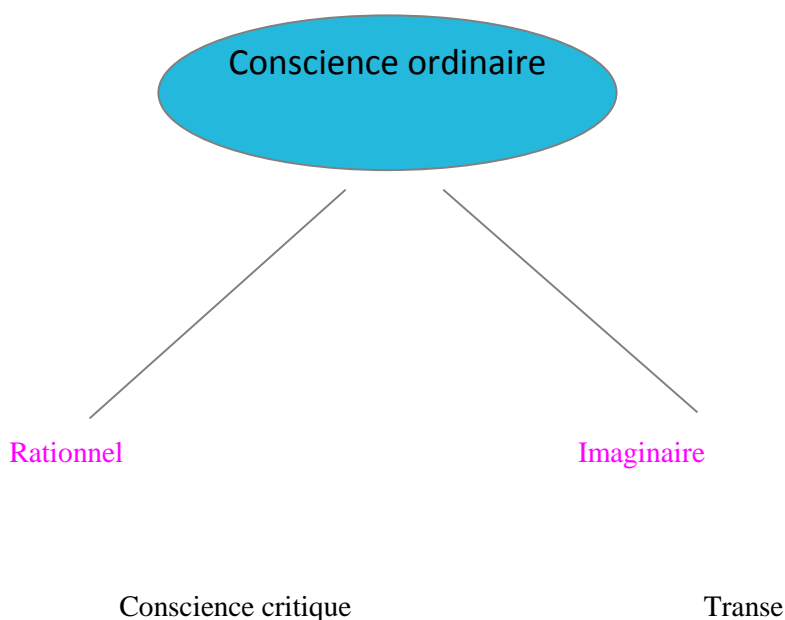


Fig. 10 : Les deux modalités de la conscience ordinaire.

La conscience critique permet l'analyse d'une situation pour ensuite décider du comportement à adopter, selon les connaissances rationnelles du sujet. Ses expériences antérieures sont mémorisées au niveau de la région hippocampique (au niveau sous-cortical) dans son système limbique, zone de stockage de la mémoire implicite.

Son attention se porte alors d'un élément à un autre, et ceci très rapidement afin de capter l'événement dans son intégralité. A partir de tous ces différents morceaux, la conscience recompose la situation, comme un tableau, et prend une décision. Pour cette analyse, les cinq sens (auditif, olfactif, gustatif, visuel et kinesthésique) sont mobilisés. L'attention explore la réalité extérieure et également la réalité intérieure (émotion, souvenir, idée...) pour

utiliser le vécu et ainsi mieux s'adapter à cette nouvelle situation. Au quotidien, lorsque les choses se répètent de manière identique, l'attention est diminuée car les données sont déjà mémorisées dans la mémoire à long terme (Virot et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Virot, 2002 ; Virot, 2010 ; Benhaiem, 2005 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Virot, 2008).

La conscience n'a pas encore livré tous ses secrets. Lors d'une séance d'hypnose, le thérapeute cherche à potentialiser la composante imaginaire afin de modifier une réponse (stress, anxiété...) face à une situation donnée. Pour se faire, il focalise l'attention du patient pour le faire entrer en transe, phénomène clé du processus hypnotique.

III - Les différentes sortes de transe :

Une séance d'hypnose se compose de différentes étapes s'enchaînant rapidement et dont certains paramètres sont à adapter au patient. Il n'existe pas réellement d'état hypnotique mais un processus comportant différentes phases.

La première est la veille ordinaire où le patient est en conscience critique et analyse son environnement, accomplit ses tâches quotidiennes. Il est en relation avec le monde extérieur. Le rendez-vous n'a alors pas encore commencé.

L'objectif recherché est d'orienter le patient vers son imaginaire, pour qu'il délaisse peu à peu la conscience critique et ainsi entrer en état dit de « transe ». Dans la langue française, le préfixe « *Trans* » signifie « *à travers* ». Il marque un passage ou un changement à celui de la réalité extérieure vers la réalité intérieure.

Le processus hypnotique n'est réalisable qu'avec un patient consentant et motivé que l'on aura auparavant rassuré. Le praticien doit lui expliquer que le phénomène hypnotique est naturel et qu'il conserve son libre-arbitre. En effet, à tout moment du soin, si un détail ne correspond pas à ses valeurs ou lui procure un inconfort, il pourra revenir à la réalité extérieure et interrompre le soin. Il est important de démystifier l'hypnose en lui retirant sa connotation magique.

L'hypnothérapeute doit préciser que c'est un apprentissage et en aucun cas une manipulation imposée par un tiers. La séance est un échange complexe entre le thérapeute et son patient où les deux travaillent ensemble en harmonie pour soigner ce dernier (Benhaiem, 2005 ; Michaux *et al.*, 2007).

On décrit classiquement la transe comme un état modifié de conscience (Petit Larousse, 2014). Hors, comme nous l'avons démontré précédemment, elle est une composante à part entière de notre conscience globale et en aucun cas une modification.

La définition d'Erickson qui parle de « *focalisation et de fixation de l'attention pendant un certains temps* » est en général préférée (Virot, 1988 ; Roustang, 2005). La transe est une dimension invisible et difficile à décrire que chacun de nous possède. Elle permet notamment de nous protéger lorsque les analyses et réflexions de notre conscience critique ne suffisent plus à gérer une situation, comme la survenue d'un stress ou d'une sensation d'anxiété (Virot et Bernard, 2010).

Il existe différentes sortes de trances. Selon J. Godin, psychiatre et psychologue français, il y en a trois : la transe de tous les jours, la transe amplifiée et la transe somnambulique qui est pathologique (Lecoursonnois, 2006 ; Godin, 1992).

La classification d'Erickson, proche de cette dernière et reconnue de manière internationale, est une référence. Elle se divise en trois composantes également : la transe spontanée, conversationnelle et formelle.

3.1. La transe spontanée :

La transe spontanée apparaît dans certaines circonstances. C'est un phénomène naturel que l'on expérimente tous au cours de la journée. Par exemple, lorsque nous conduisons sur une route monotone, nous nous rendons compte à posteriori que pendant un instant nous étions « ailleurs », « dans nos rêves ». L'expression « dans la lune » exprime bien cet état. Le temps semble être passé vite, et nous ne nous souvenons pas de nos pensées pendant ce moment. De même, en regardant un film passionnant, nous arrivons à faire abstraction de tout ce qui nous entoure si on adhère complètement au scénario, en oubliant l'heure, nos soucis... Nous sommes alors dissociés du monde extérieur, vivant une amnésie passagère sur le reste de la réalité.

Cette transe est la conséquence de la focalisation volontaire très intense de notre attention qui n'analyse alors qu'une partie d'une situation ou qu'une seule idée en ignorant le reste. Nous sommes concentrés et donc plus à même de percevoir, d'apprécier un événement. Plus la focalisation sera étroite, plus la transe sera intense et moins nous capterons ce qui se passe autour de nous. Mais si un danger survient, nous reviendrons aussitôt en conscience critique. Elle est immédiatement réversible, nous protégeant ainsi. Elle permet la mémorisation de nos apprentissages et donc de nous adapter plus facilement à des situations nouvelles ou imprévues (Virot, 2002 ; Virot, 2008 ; Michaux *et al.*, 2007).

F. Roustang, philosophe et hypnothérapeute français reconnu du début du XXème siècle, parle d'« *hypervigilance focalisée* ». Les termes de « *rétrécissement du champ de conscience* » ou « *dépotentialisation de la conscience* » peuvent être aussi utilisés, mais semblent moins adaptés (Benhaiem, 2005 ; Benhaiem, 2012).

Au quotidien, l'alternance de la transe spontanée et de la conscience critique est fondamentale à notre équilibre. Les échanges sont extrêmement rapides et nos réflexes sont conservés.

Ici, la conscience virtuelle ou imaginaire prédomine. Ce fonctionnement mental peut être positif ou, au contraire, négatif voire douloureux.

En transe spontanée positive ou créative, nos pensées sont agréables (souvenirs d'un voyage, bruit de la mer, sensation de bien-être...). Nous pouvons rêver éveillés, ressentant du confort, de la sécurité et du plaisir. La conséquence physique est bénéfique : décontraction musculaire, détente, respiration calme, rythme cardiaque régulier dus à une activation importante du système para-sympathique. Une augmentation du seuil de la douleur a été observée, ce qui signifie que le patient sera moins douloureux, moins sensible. Le système ortho-sympathique est, quant à lui, diminué. Cet état facilitera le soin, la prise en charge du patient et donc sa guérison (Viro, 2010 ; Viro, 2013).

A l'inverse, en transe négative ou d'alerte, les pensées sont désagréables et les émotions correspondent à de la colère, de l'anxiété, de la peur, de la culpabilité... Elles sont dues à la perception d'informations de danger réel ou imaginaire (déformation de la réalité selon le vécu). Contrairement à la transe positive, le système ortho-sympathique est principalement activé. Les conséquences sont de la tension musculaire, une respiration saccadée, un rythme cardiaque accéléré... Le seuil de la douleur est diminué, ce qui signifie que le patient sera plus algique à un soin. Il ressent de l'inconfort et de l'insécurité rendant la prise en charge plus difficile pour le praticien et pénible pour le malade. Ce type de transe, qui peut s'amplifier et devenir permanente, apparaît lorsque nous sommes confrontés à une difficulté, à un imprévu ou à une situation stressante comme, par exemple, un rendez-vous chez le dentiste chez un patient anxieux. Dans cette situation, le cerveau indique trois façon de réagir pour se protéger : la fuite, la lutte (contre la peur en se raisonnant, ce qui est possible si la transe négative est modérée, ou contre le dentiste qui représente la menace) et enfin la paralysie ou l'immobilité. La mémorisation du patient se trouve également modifiée : il ne retient que ce qui est négatif, ce qu'il craint.

Il est donc important de reconnaître cet état négatif pour en faire sortir le patient et le ramener dans une transe spontanée positive, afin de réaliser les soins futurs dans un contexte favorable.

En résumé, chaque personne passe quotidiennement de la conscience critique à la transe positive et inversement, que ce soit dans la vie professionnelle ou personnelle. Ces échanges sont fluides et rapides.

Lors de situations compliquées, l'alternance s'effectue plutôt entre la conscience critique permettant de réfléchir et la transe négative amplifiant le problème à cause des émotions qui prennent peu à peu le dessus.

Pour sortir le patient de ses pensées négatives, il faut le ramener en conscience critique pour qu'il ne se focalise plus sur celles-ci, et le diriger ensuite vers une transe positive. Ce passage est plus lent et plus compliqué mais essentiel au bon déroulement du soin (Viro et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Michaux *et al.*, 2006 ; Roustang, 2005 ; Bernheim, 2013).

La transe spontanée est un phénomène banal que l'on veut exploiter et potentialiser au cours d'une séance d'hypnose. Le but est d'amener le patient dans un état de transe thérapeutique et ainsi de l'orienter de manière plus précise vers sa réalité intérieure pour engendrer le changement recherché et préalablement établi en collaboration avec lui.

3.2. La transe conversationnelle :

Ce type de transe est induit volontairement par le thérapeute grâce à un ensemble de techniques relationnelles, et elle s'inscrit dans un cadre thérapeutique. Celles-ci sont indirectes et douces pour diminuer les résistances du patient. On peut alors parler d'hypnose car le phénomène est ici provoqué dans un but précis. Elle nécessite un apprentissage préalable de la part du praticien mais également une motivation et une collaboration entière du patient.

La transe conversationnelle, moins intense que la transe formelle, appartient plus au domaine de la communication. On cherche à focaliser la conscience critique sur un événement, une sensation agréable afin de faire apparaître ce que l'on nomme « *l'hypersuggestibilité* », c'est-à-dire la capacité du patient à se laisser hypnotiser, à se concentrer sur des pensées positives.

Il est important, comme nous l'avons vu précédemment, de réussir à voir si le malade est en transe spontanée négative au début de la séance. En effet, dans ce cas, l'hypersuggestibilité est importante et orientée vers des émotions négatives que l'on doit supprimer. Nous considérons que 90 % des patients qui entrent dans un cabinet dentaire sont dans ce cas là.

La transe conversationnelle est applicable à tous les patients, qu'ils soient détendus, stressés ou douloureux, et elle est rapidement mise en place.

Les objectifs principaux sont l'amélioration de la relation avec le patient pour établir un climat de confiance et la création d'une transe positive. Celle-ci génère une anxiolyse ainsi qu'une analgésie relative. En effet, si une douleur apparaît, elle sera plus tardive, moins intense, plus courte et donc moins mémorisée du fait de la relaxation du patient.

Ce type de transe pourra être utilisée quotidiennement pour chaque consultation, et d'autant plus pour les personnes émotionnellement fragiles, anxieuses ou ayant vécues des expériences difficiles chez le dentiste. Elle nécessite une communication active entre le praticien et le patient qui sont alors collaborateurs pour les soins à effectuer (Virot, 2002 ; Virot, 2008 ; Virot et Bernard, 2010 ; Virot, 2010 ; Virot, 2013 ; Bernard et Musellec,

2013 ; Bioy et Michaux, 2007 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Gauchenot-Potin 2004 ; Balken et Melchior, 2004 ; Benhaïem, 2012).

3.3. La transe formelle :

La transe hypnotique n'est pas un phénomène linéaire. Elle se compose de différentes phases plus ou moins profondes atteintes selon le but thérapeutique recherché.

Le praticien cherche à potentialiser les effets de la transe spontanée positive en la faisant intervenir et en la renforçant à un moment voulu (séance au cabinet dentaire par exemple). Pour se faire, il doit suivre un protocole précis.

Avec l'accord du patient, le thérapeute utilise un ensemble de techniques pour provoquer une transe plus profonde et guidée : la transe formelle. Elle est beaucoup plus intense que les trances spontanée et conversationnelle. Elle est plus stable dans le temps, ce qui permet de faire des actes (soins conservateurs, anesthésies, chirurgie...) et de soigner le malade. Elle peut en effet durer plusieurs heures si besoin, ce qui permet son utilisation en chirurgie.

Comme pour la transe conversationnelle mais à un degré plus élevé, le praticien souhaite focaliser l'attention du sujet sur une expérience ou une émotion agréable, pour l'aider à se détendre et se détacher de la réalité extérieure. Ce dernier pourra alors ressentir ses sensations, les écouter, se calmer et se concentrer à nouveau sur des pensées positives. Le patient est à l'écoute de sa réalité intérieure.

Au cours de cette transe, il est beaucoup plus en relation avec son imaginaire, sa créativité et ses émotions. La réalité extérieure lui paraît insignifiante. Il expérimente une amplification du champ de conscience imaginaire et une réduction du champ de conscience critique.

Erickson décrivait le premier comme « *un immense magasin de ressources et de solutions* ». Il expliquait également qu'en hypnose, « *on dirige l'attention du patient vers l'intérieur, puis on lui demande d'utiliser tous les potentiels de ses apprentissages par expérience* » (Balken et Melchior, 2004 ; Virost et Bernard, 2010).

Lors de la transe induite, le thérapeute recherche en premier lieu à assurer le confort et la sécurité du patient. Le confort est présent si le sujet est en transe positive guidée et stabilisée par le praticien. Il repose sur les expériences agréables ressenties, ou imaginées le plus souvent, par le patient. Il permet d'instaurer un climat émotionnel favorable au soin.

La sécurité concerne le monde extérieur et la conscience critique. En effet, pendant une transe, le sujet est moins vigilant sur ce qui se passe autour de lui, le rendant plus vulnérable. Le praticien se doit de le protéger car il se trouve dans un lieu, qui, pour lui, a de nombreuses connotations hostiles (instruments, lumière aveuglante...). Naturellement, en conscience critique, cet environnement l'empêche de relâcher sa propre surveillance car il se sent menacé. Le stress engendré signalant un danger risque de faire apparaître une transe négative et toutes ses conséquences : tension musculaire, rigidité, agressivité...

Afin que le patient puisse se détendre et rester dans une transe positive, il doit se sentir sécurisé. Cela repose sur la confiance réciproque entre les deux personnes. Lorsqu'elle est installée et stable, le patient pourra se laisser guider et la séance d'hypnose commencera dans des conditions idéales.

Le second point pour la sécurité concerne la conscience critique. En effet, chacun a sa propre manière de passer de la conscience critique à la transe spontanée, en empruntant son propre chemin mental. Or, quand la transe est induite par un tiers, le praticien doit auparavant connaître le patient, afin d'adapter sa séance et ses paroles selon le vécu de ce dernier.

Il arrive que le patient sorte de la transe formelle au cours du soin, soit à cause d'un inconfort ou d'une douleur, soit par perte de son sentiment de sécurité. En effet, il ne dort pas et garde son libre-arbitre pendant toute la séance d'hypnose. Il réactive alors sa conscience critique sans respecter le protocole de sortie de transe. Ceci est comparable aux paliers de décompression indispensables lors des remontées de plongée sous-marine. Si cette étape de fin de séance n'est pas réalisée correctement, le patient ne pourra retrouver immédiatement son équilibre psychologique. Le thérapeute doit communiquer avec lui pour le rassurer et comprendre ce qui ne va pas, afin de le faire revenir en transe positive. Ce retour est facilité si le sujet ressent de nouveau qu'il est en sécurité.

Néanmoins, ce phénomène est rare si le climat de confiance a bien été installé avant le début de la séance d'hypnose.

Enfin, il existe une transe dite courte, fondée sur des techniques de confusion qui permettent de déstabiliser la conscience critique en la saturant rapidement de beaucoup d'informations. Elle est utilisée lors de gestes courts et douloureux comme une incision ou une injection. Elle nécessite que le thérapeute rassure immédiatement le malade car cette transe peut vite devenir inquiétante et négative (Viro, 2002 ; Viro, 2008 ; Viro et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Bioy et Michaux, 2007 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Balken et Melchior, 2004 ; Gauchenot-Potin, 2004 ; Bernheim, 2013 ; Benhaïem, 2012).

En résumé, l'hypnose consiste à induire une transe positive confortable et sécurisée en utilisant le vécu du patient et l'expérience du praticien dans ce domaine. Le thérapeute souhaite retirer l'attention du patient de la réalité concrète. Elle nécessite le respect d'un protocole précis qui devra être adapté à chacun (paroles, gestes...) afin d'atteindre l'objectif thérapeutique recherché.

3.4. Les caractéristiques et indices de reconnaissance :

Il a été mis en évidence précédemment que, lors d'une séance d'hypnose, le fonctionnement cérébral et psychique est modifié. Des manifestations à la fois psychologiques et physiques apparaissent. Actuellement, la science n'a pas encore réussi à les élucider complètement. En effet, comment les suggestions induites par le thérapeute peuvent créer ces effets ?

La collaboration de plusieurs systèmes physiologiques intervenant dans la transduction des messages hypnotiques entre les organes et les tissus, en serait responsable (Michaux *et al.*, 2007 ; Bioy et Michaux, 2007).

La transe hypnotique présente des caractéristiques particulières observables chez le sujet objectivement mais également subjectivement, c'est-à-dire que le patient ressentira des sensations qu'il pourra ensuite expliquer au praticien et analyser.

Le patient hypnotisé semble endormi, passif alors qu'intérieurement il est très actif. Un travail cérébral important s'effectue pour qu'il ait accès à sa réalité intérieure profonde et qu'il puisse écouter ses émotions et sensations. L'accès à son imaginaire et à son inconscient est facilité et permet de se souvenir d'événements passés, d'états d'âme enfouis, de traumatismes ou encore de créer des situations fictives et agréables.

Cette activité mentale non visible extérieurement est très importante notamment pour la résolution de problèmes, la diminution d'une douleur ou la gestion du stress et de l'anxiété. L'hypnose permet à l'organisme d'utiliser toutes ses compétences et le rend entièrement disponible pour se soigner.

Comment reconnaître qu'un sujet est hypnotisé ? Comment déceler une transe et quels en sont les indices ?

Le praticien peut observer les signes objectifs et les signes subjectifs ressentis par le patient. Ils peuvent varier d'une personne à une autre. Toutefois, une apparition constante de certains d'entre eux chez tous les sujets hypnotisés est remarquée.

Ces caractéristiques doivent être connues pour mener à bien la séance et savoir communiquer avec le patient dont le langage sous hypnose est modifié (Bourassa, 1999 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Virot, 2002 ; Virot et Bernard, 2010 ; Gauchenot-Potin, 2004 ; Lecoursonnois, 2006 ; Benhaiem, 2005).

3.4.1. Les signes objectifs :

Objectivement, le patient est au repos et semble endormi. Sa passivité est importante et il subit une inhibition de ses capacités d'expression verbale, sauf bien sûr, si le thérapeute lui demande de parler lors de la séance. Dans ce cas, sa verbalisation sera plus limitée que lors de l'éveil.

Les mouvements spontanés sont suspendus et le tonus musculaire est fortement diminué. Nous parlons d'atonie des membres. Le corps fonctionne avec un minimum d'énergie.

Une disparition des expressions du visage est notamment remarquée (sourire, froncement de sourcils...). Néanmoins, si les suggestions contiennent une forte charge émotionnelle, ces indices de détente peuvent disparaître alors même que l'état d'hypnose sera, lui, approfondi.

Toujours au niveau du visage, le battement des paupières et le mouvement oculaire sont accélérés. Un larmoiement peut également survenir. La déglutition, quant-à-elle, est plus lente, voire inexistante pendant de longues minutes. Lorsqu'elle survient, elle correspond le plus souvent à une augmentation de la transe par paliers.

Ces signes mettent en évidence dans la majorité des cas un approfondissement de l'état hypnotique, le patient entrant dans une transe intense (Michaux *et al.*, 2007 ; Bioy et Michaux, 2007 ; Bernard et Musellec, 2013).

Néanmoins, pour certains sujets, il sera marqué, par exemple, par un besoin d'ouvrir les yeux pendant la séance. Ceci leur permettrait d'associer un sens supplémentaire à la transe : la vue. Le regard sera alors fixe. Le thérapeute devra encore une fois s'adapter au fonctionnement psychique de son patient.

Suite à certaines suggestions, comme un déséquilibre, le patient peut chuter en arrière ou voir ses mains se rapprocher si une représentation de mains aimantées est énoncée. De même, la lévitation d'un bras peut être observée, tout comme une catalepsie, c'est-à-dire une suspension complète du mouvement musculaire dans la position où il se trouve.

Ces signes objectifs sont visibles lors de l'état hypnotique. Cependant, la plupart ne sont pas pathognomoniques de la transe, c'est-à-dire qu'ils ne lui sont pas spécifiques. En effet, l'atonie musculaire par exemple est aussi observée chez le patient qui se relaxe et se détend. Le thérapeute se doit d'être vigilant, d'où l'importance de suivre un protocole hypnotique précis. Seuls les mouvements induits par les suggestions de

l'hypnothérapeute sont caractéristiques de la transe (Virot, 2010 ; Gauchenot-Potin, 2004 ; Lecoursonnois, 2006 ; Benhaïem, 2012 ; Bernheim, 2013).

3.4.2. Les signes subjectifs :

Lors de la séance d'hypnose, les capacités sensorielles sont amplifiées, ou à l'inverse, diminuées. Au niveau mnésique, nous notons une amnésie que ce soit au niveau de l'identité du patient, du phénomène de transe ou des suggestions énoncées par le thérapeute.

Le patient vit une distorsion du temps et une perte de l'orientation temporelle. Il peut être dans le passé, rester au présent mais en perdant la notion d'heure, ou encore, être dans le futur et donc dans l'imaginaire. Dans ce dernier cas, il pourra faire des projections et progresser en âge. S'il se situe dans le passé, il régressera, à l'inverse, en nombre d'années. Ceci lui permettrait de comprendre et d'accéder à des traumatismes passés et enfouis, dont il n'avait souvent aucun souvenir.

Cette distorsion temporelle peut varier selon l'intensité émotionnelle de la suggestion. En effet, si elle est forte, le temps sera décrit comme long. A l'inverse, si la transe est paisible et le patient calme, il sera alors perçu comme étant court.

Ce phénomène est intéressant à exploiter pour des interventions longues afin de rendre la séance la plus agréable possible pour le patient (Bourassa, 1999 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Bioy et Michaux, 2007).

Des hallucinations positives ou négatives peuvent être relatées. Les premières correspondent à la faculté du patient à percevoir une suggestion (une odeur, un paysage, une sensation...) qu'il ne percevrait pas autrement, car elle n'existe pas au cabinet dentaire. Les secondes quant-à-elles, équivalent à la capacité de ne plus ressentir quelque chose qu'il décèlerait normalement (l'odeur d'eugénol du cabinet, le bruit de la stérilisation...).

Au niveau sensitif, une dysesthésie (modification d'une sensation, comme des fourmillements par exemple), une hyperesthésie (amplification d'une sensation non douloureuse), une anesthésie (perte d'une sensation non douloureuse) ou encore une analgésie (disparition de la douleur), peuvent être ressenties.

En début de transe, le pouls et la respiration sont parfois accélérés avant de ralentir ensuite quand l'hypnose devient plus profonde, par activation du système para-sympathique.

Les activités de contrôle cérébral sont aussi diminuées comme nous l'avons vu précédemment (Bernard et Musellec, 2013 ; Virot, 2002 ; Virot, 2010 ; Virot et Bernard, 2010).

Chez tous les patients hypnotisés, il se produit une baisse d'attention et d'intérêt par rapport au monde extérieur, comme si l'esprit se mettait au repos. Ils perdent conscience de la situation et du lieu où ils se trouvent. La perception de l'environnement est modifiée et bien souvent, les bruits extérieurs sont ressentis comme étant moins forts, plus doux.

Ils décrivent un sentiment agréable de relaxation, de confort et de sécurité où leurs pensées s'enchaînent de manière fluide. Ils se sentent détendus et calmes. Leur réceptivité interne s'en trouve améliorée et renforcée car leurs résistances psychologiques sont amoindries.

L'état hypnotique influence les mécanismes physiologiques, psychologiques et physiques de notre organisme. Il se traduit par un ensemble de caractéristiques objectives et subjectives que le thérapeute doit connaître et reconnaître, afin d'adapter la séance à chaque patient selon son propre mode de communication (Gauchenot-Potin, 2004 ; Lecoursonnois, 2006 ; Benhaïem, 2005 ; Benhaïem, 2014).

3.5. La mesure de l'hypnose : les échelles d'hypnotisabilité :

L'hypnotisabilité se définit par l'aptitude d'une personne à entrer en état de transe plus ou moins facilement. Elle est personnelle et se compare souvent à un trait de caractère ou de personnalité.

Bien entendu, il est très difficile, voire impossible, d'établir des valeurs strictes car la transe est vécue différemment par chacun, ce qui fausse les résultats scientifiques. Le principe est plutôt de comparer les résultats de groupes ou sous-groupes selon des conditions expérimentales précises, tout en sachant que le ressenti subjectif des sujets constitue un biais (Bourassa, 1999 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Bernard et Musellec, 2013).

3.5.1. L'évolution des outils de mesure :

La notion d'hypnose a évolué au cours du temps, entraînant également l'apparition de différentes échelles de mesure.

Au XVIII^{ème} siècle, Puységur comparait l'apparition de la « *lucidité* », qu'il considérait comme la caractéristique principale du somnambulisme. Selon l'importance de celle-ci, la profondeur de l'état

somnambulique était établie. Quatre niveaux existaient selon la connaissance de la maladie par le patient, des remèdes, des autres malades et de la durée du traitement.

Cette conception a laissé place à la mesure du niveau de suggestibilité des sujets, dont le degré augmente pendant l'hypnose.

Au XIX^{ème} siècle, Liébault a créé une échelle corrélant la profondeur de l'état d'hypnose avec l'apparition de nouvelles capacités suite à des suggestions hypnotiques. Six niveaux étaient distingués selon les réponses et réactions du sujet. Ils évoluaient de la somnolence au sommeil somnambulique profond, chaque état ayant ses propres caractéristiques.

La figure 11, tirée du livre de Michaux et coll., paru en 2007, illustre la classification de Liébeault.

Fig. 11 : Echelle de Liébeault (Michaux et al., 2007).

A la même époque, Bernheim a proposé une classification voisine en lui intégrant la notion d'amnésie au réveil. Ce qui était pour Liébault un des critères du sommeil somnambulique, est alors devenu la caractéristique principale pour distinguer les sujets facilement hypnotisables ou non.

La figure 12, extraite du livre de Michaux et coll. paru en 2007, illustre l'échelle de Bernheim.

Fig. 12 : Echelle de Bernheim (Michaux et al., 2007).

Au XX^{ème} siècle, Davis et Husband ont proposé une échelle de trente niveaux allant de l'état de relaxation à la transe profonde selon les caractéristiques observées (de la détente pour le niveau 1 jusqu'aux hallucinations pour le niveau 30).

Cette méthode comporte des défauts qui la rendent de nos jours inutilisable scientifiquement. En effet, le type d'induction utilisée et les critères de notation ne sont pas indiqués, ce qui ne permet pas la comparaison entre les hypnotiseurs. Ces derniers, ne procédant pas tous de manière identique, créent un biais majeur (Bourassa, 1999 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Bernard et Musellec, 2013).

3.5.2. La mesure de l'hypnose de nos jours : l'échelle de Stanford :

Les échelles d'hypnotisabilité, encore appelées échelles de susceptibilité hypnotique, se sont essentiellement développées en Amérique du Nord.

A la fin des années 1950, les psychologues Weitzenhoffer et Hilgard mettent au point à l'Université de Stanford en Californie, des outils de mesure permettant une utilisation psychométrique (c'est-à-dire l'évaluation de données psychologiques de manière scientifique).

Ils ont écrit des textes comportant très précisément toutes les indications nécessaires à une utilisation similaire entre les différents opérateurs. Cinq échelles ont été créées et nommées A, B, C, Profil 1 et Profil 2. Elles se composent de suggestions hypnotiques dont les relations sont étudiées, afin d'isoler celles qui ont entre elles la plus forte cohérence. Les items ont tous la même valeur. Un niveau de réussite élevé correspond à une réponse positive à la plupart des suggestions. La validation d'un item suppose celle des rangs inférieurs.

L'organisation des échelles de Stanford permet une cohérence importante et une grande stabilité dans le temps des mesures effectuées. Elle est devenue au fur et à mesure des années la référence pour évaluer l'hypnotisabilité et est applicable dans le monde entier, car elle se réfère à une situation unifiée et strictement codifiée.

Néanmoins, il est important de garder à l'esprit que les croyances, la motivation du patient ainsi que le contexte du soin notamment, varient d'une personne à une autre. Ceci nécessite de prendre du recul par rapport à des données scientifiques strictes, le subjectif jouant un grand rôle dans la susceptibilité d'un sujet à se laisser hypnotiser.

Ces échelles sont plutôt à privilégier pour une évaluation de base du niveau de facilité à entrer en transe. En effet, si un patient possède un score faible dans une situation définie par l'échelle de Stanford et qu'il sera alors considéré comme difficilement hypnotisable, cela ne constitue pas une contre-indication à l'hypnose. Le thérapeute devra être seulement plus vigilant et le motiver davantage.

Suite à ces recherches, il est actuellement considéré qu'un tiers de la population présente un degré élevé d'hypnotisabilité. Le second tiers correspond à un niveau moyen, et le dernier, à une faible susceptibilité.

Celle-ci augmenterait après l'âge de sept ans jusqu'à la puberté, puis aurait ensuite tendance à diminuer.

Weitzenhoffer et Hilgard ont également montré une absence totale de différence significative entre des sujets hypnotisés par un homme ou par une femme. Il n'y a donc aucune relation entre le sexe de l'hypnotiseur et le niveau de réussite des patients. De même, il n'existe pas d'interaction entre le sexe du sujet et celui de l'hypnotiseur.

En résumé, l'hypnose est un phénomène physiologique désormais connu comportant différents degrés de profondeur. Elle varie selon l'objectif recherché, les conditions environnementales, les suggestions employées, la relation patient-praticien et selon le vécu de chacun. Une étude a montré que la résistance de certaines personnes à l'hypnose est également corrélée à une moindre connectivité fonctionnelle en imagerie cérébrale entre deux régions du cerveau (le cortex pré-frontal dorso-latéral et le cortex cingulaire antérieur dorsal).

L'hypnotisabilité dépend non seulement de facteurs psychosociaux mais aussi d'éléments cognitifs et neuronaux qu'il faut prendre en compte (Bourassa, 1999 ; Lecoursonnois, 2006 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Bernard et Musellec, 2013).

IV - Le processus hypnotique : un changement de sensorialité :

Le philosophe et hypnothérapeute F. Roustang a proposé une conception originale du processus hypnotique. Selon lui, on ne peut parler d'« *état modifié de conscience* » car elle constitue déjà un état en elle-même. Il préfère utiliser le terme de « *modification de contenus perceptifs* ». Il définit l'hypnose comme un changement de sensorialité provoqué par une induction et des suggestions. Le patient atteindrait lors de la transe, un second mode de perception nommé « *perceptude* », en quittant la perception ordinaire de la réalité extérieure, avant d'y revenir en fin de la séance. Si un changement a été initié, la perception ordinaire du début sera différente de celle d'après l'hypnose. Elle sera plus souple, apportant de la nouveauté et des perspectives inédites pour le patient (Benhaiem, 2005 ; Roustang, 2005 ; Bernheim, 2013).

Les différentes phases du processus hypnotique sont reliées entre elles de manière dynamique, chacune ayant un fonctionnement et des caractéristiques qui lui sont propres. Elles peuvent être schématisées comme ceci :

Etat de veille ==> Perception ordinaire quittée par induction (focalisation et suggestions) ==>

Transe ==> Dissociation ==> Perceptude ==> Réassociation et retour à la perception ordinaire

(modifiée le plus souvent).

4.1. L'induction : étape préalable à la transe provoquée positive :

Première étape fondamentale du processus hypnotique, l'induction a beaucoup évolué au cours de l'histoire et de la découverte de l'état d'hypnose. En effet, Mesmer privilégiait le toucher tandis que Puysegur préférait les

passes magnétiques à distance. Plus tard, De Faria énonçait des paroles autoritaires ordonnant au sujet de dormir. Braid, lui, se servait de la fixation du regard, alors que Liébault utilisait la suggestion de sommeil. Bernheim et Freud, quant-à-eux, étudiaient la fascination et l'effet des suggestions directes (Godin, 1992 ; Virot-Ballay, 1995 ; Lecoursonnois, 2006 ; Bellet, 2006 ; Bellet, 2008).

Erickson a révolutionné les techniques d'induction hypnotique en modifiant la formulation des suggestions employées, jusqu'ici jugées trop directes et autoritaires. Il a créé une nouvelle manière de concevoir la relation hypnothérapeute-patient. Il préfère d'ailleurs le terme de « *facilitation* » à celui d' « *induction* », afin de sous-entendre la participation mutuelle des deux protagonistes. Les techniques d'hypnose éricksonienne sont une référence reconnue dans le monde entier (Virot, 1988 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Virot et Bernard, 2010).

L'induction hypnotique consiste à modifier le fonctionnement mental du patient pour l'amener en transe induite positive stable. La conscience critique est alors délaissée au profit de la conscience imaginaire. En effet, le thérapeute va potentialiser la transe spontanée, expérimentée par chacun quotidiennement, en l'orientant plus précisément vers le but thérapeutique recherché. La transe est alors dite « *formelle* ».

Des changements positifs dans la représentation de soi et du monde extérieur s'opèrent peu à peu, provoquant un élargissement des possibilités expérientielles du sujet (Virot, 2002 ; Virot, 2010 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Benhaiem, 2005 ; Lecoursonnois, 2006).

Pour se faire, le thérapeute doit suivre un protocole précis. Il dispose d'un ensemble de techniques pour aider le patient à atteindre un état de fascination et de focalisation intérieure.

Préalablement, une relation thérapeutique privilégiée doit être établie entre le praticien et son patient afin que ce dernier se sente totalement en sécurité et en confiance. Des procédés de communication adéquats seront utilisés pour diminuer l'opposition naturelle du sujet à toute influence externe, c'est-à-dire ici, celle du dentiste. Il sera stimulé pour participer activement à la séance et faciliter le lâcher-prise. Des questions lui seront posées afin de choisir ensemble un thème qui sera le fil conducteur de la séance (la mer, la montagne, un souvenir, une sensation agréable...). Ses expressions personnelles et ses gestes seront notés pour plus d'adhésion aux paroles du thérapeute. Ainsi, le patient vivra et ressentira une expérience beaucoup plus intense grâce au thérapeute qui adopte son langage, donc son univers.

Dans un second temps, la position de supériorité de l'hypnothérapeute et la notion de magie liée à l'hypnose seront abandonnées au profit de paroles permissives, interrogatives et non impératives. Ces préliminaires sont destinés à rassurer le patient en démystifiant l'hypnose. Il peut dire par exemple : « *L'hypnose est un phénomène*

naturel. Ce n'est pas un contrôle imposé de l'extérieur. Elle constitue un apprentissage grâce auquel vous apprenez à utiliser vos ressources. Cet état vous permet de faire un travail important en vous, que je vais vous aider à effectuer » (Godin, 1992 ; Virot, 2002 ; Virot et Bernard, 2010 ; Benhaiem, 2005 ; Michaux *et al.*, 2007).

Comme le disait Erickson, le principal « *est que les patients soient attentifs à leurs propres pensées, et pas nécessairement au thérapeute. L'essentiel, ce sont les réponses intérieures aux stimuli offerts par ce dernier* » (Balken et Melchior, 2004).

4.1.1. L'installation du patient et l'orientation spatio-temporelle :

Pour commencer la séance d'hypnose, le praticien invite son patient à s'installer au fauteuil dans une position la plus confortable possible, compte tenu de l'environnement. Le dentiste doit également se positionner de telle sorte qu'il soit à l'aise et détendu pour le soin, car il doit lui-même entrer en état de transe pour l'accompagner. Une ambiance agréable est indispensable.

Afin de bien séparer le monde du patient et celui du thérapeute, celui-ci utilise toujours le vouvoiement (ou le tutoiement pour un enfant ou une connaissance). En effet, s'il dit « *on* » ou « *nous* », il s'inclut dans l'histoire du sujet, ce qui n'est pas congruent avec le souvenir ou le thème choisi.

Le temps employé est le présent, la transe étant vécue sur le moment même, comme si le patient vivait son expérience réellement. L'utilisation du passé ferait référence au temps de la salle de soin et y inscrirait le patient. Or ceci est contradictoire avec le but de l'hypnose qui est d'orienter l'esprit ailleurs, là où le sujet le désire et se sent bien (Virot, 2002 ; Virot, 2010).

Le début de l'induction s'accompagne d'une phrase comme « *Nous allons commencer* », prononcée d'une voix calme, assez grave et douce. Ce changement de timbre est perçu par le sujet comme une nouveauté, le commencement d'une nouvelle expérience.

Le thérapeute demande à son patient de vérifier que son corps est bien installé, avant de réaliser l'orientation spatio-temporelle, prononcée « *ici et maintenant* ».

Pour l'orientation dans le temps, il est invité à observer attentivement la salle de soin et tout ce qui l'entoure, afin de créer des repères utiles à la conscience critique, pour activer un sentiment de sécurité. Cela peut paraître étrange, le cabinet dentaire étant le plus souvent, un environnement hostile, mais en réalité, plus le patient aura de repères avec la pièce et plus il lui sera facile d'aller dans son monde interne. En effet, dans sa conscience intérieure, cela lui

permet de savoir qu'au moindre problème lors de l'hypnose, il saura où revenir dans le monde extérieur. Le sentiment de sécurité est augmenté, et donc en parallèle, la détente du sujet et sa permissivité.

Il n'est pas nécessaire de lui expliquer ce phénomène car il s'effectue inconsciemment et rapidement.

L'orientation spatiale, quant-à-elle, sera plus ou moins longue et précise selon le niveau de stress ou d'anxiété du patient (Benhaiem, 2005 ; Lecoursonnois, 2006 ; Michaux *et al.*, 2006).

Ce guidage sensoriel est l'occasion pour le dentiste de créer un climat favorable par l'emploi de mots protecteurs et positifs, jusqu'à en saturer la conscience critique. Il prépare le passage vers la transe formelle positive où la sensorialité jouera un rôle primordial. Les sens sont échauffés et passés en revue, à la manière d'un cockpit d'avion avant le décollage.

Pour activer les cinq sens, il est conseillé de suivre un ordre précis pendant l'induction, ordre qui sera utilisé à l'inverse pour la sortie de transe en fin de soin. Cela décrit ce que nous appelons le « VAKOG », signifiant Visuel Auditif Kinesthésique Olfactif et Gustatif (moins présent dans notre profession). Il sera détaillé plus loin.

Chaque étape correspond à une sensorialité. Pour chacune d'entre elles, la voix du praticien sera de plus en plus lente et monotone afin de favoriser le processus hypnotique. Des repères de sécurité et de confort seront en permanence répétés au patient. Pour chaque palier, la synchronisation du patient et des paroles du thérapeute sera vérifiée pour être certain du bon fonctionnement de la séance. Par exemple, si un geste est demandé, il devra être vu par le dentiste, auquel cas, la suggestion devra être plus directe.

Le lien entre les deux personnes se solidifie peu à peu, on dit qu'ils sont « *accordés* » (terme récent proposé par le docteur Stern). L'accordage affectif constitue un phénomène non conscient de coordination entre deux personnes, grâce à des messages verbaux ou non (regard, touché...). Il fait référence aux instruments de musique qui s'accordent ensemble avant de jouer. La relation établie signe un accord émotionnel et sensoriel pour que le praticien adopte la même fréquence ou le même rythme que son patient.

Ce lien se renforce progressivement, réduisant la distance entre eux et leur permettant de se ressentir mutuellement. Surmonter ensemble d'éventuelles épreuves, comme une anxiété importante ou une douleur, devient alors possible. Cela est particulièrement important dans notre métier où l'accès physique à une région intime comme la bouche constitue un acte chargé émotionnellement. Si l'accordage n'est pas suffisant, le patient risque d'abandonner en cours de soin et revenir à la réalité extérieure (Godin, 1992 ; Viot et Bernard, 2010 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Bioy et Michaux, 2007 ; Larroque, 2012 ; Benhaiem, 2012).

4.1.2. La respiration :

L'hypnothérapeute invite le patient à prendre une respiration profonde qui marque l'entrée officielle dans l'état de transe. Il lui demande de se concentrer sur ses expirations et inspirations, qui deviennent de plus en plus amples et profondes. Le sujet se relaxe doucement en se focalisant sur ses sensations corporelles. Les perceptions externes, elles, ne sont plus ressenties et semblent insignifiantes, lointaines. La conscience critique est orientée vers les sensations internes plutôt que vers l'environnement.

Il peut, s'il le souhaite, placer ses mains sur son ventre afin de mieux ressentir l'amplitude de sa respiration abdominale. Le praticien l'encourage, adaptant son rythme respiratoire au sien. Cette étape constitue un rituel, un passage vers une nouvelle expérience.

Une métaphore peut être utilisée comme « *en prenant une grande inspiration, vous ouvrez une porte sur votre monde intérieur* ». Toute attitude du sujet peut être utilisée pour commencer l'induction : un mouvement de balancier des jambes, un mouvement de doigts... (Lecoursonnois, 2006 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Virot et Bernard, 2010).

4.1.3. La focalisation de l'attention :

L'hypnothérapeute demande ensuite au patient de fixer son attention ou son regard sur un objet ou une partie de son corps, tout en continuant de respirer amplement. La fixation prolongée provoque une fatigue des muscles oculaires et une baisse de la vigilance mentale, permettant une restriction de la perception de la réalité extérieure. Cette attention intense fait perdre le contexte de soin au sujet qui en oublie où il est.

Un flou visuel se crée, rendant confus l'objet observé et facilitant le lâcher-prise. Les capteurs sensorimoteurs du corps se ferment peu à peu. Le patient, semblant « *être dans la lune* », se sépare doucement de ses fonctions cognitives pour s'installer dans une sensorialité où les émotions et sensations dominent. Une fermeture au monde externe s'opère, offrant un accès optimal à sa réalité intérieure. Un tout autre monde s'ouvre, où la logique n'est plus et où les sensations sont majorées (Virot, 2002 ; Virot et Bernard, 2010 ; Benhaïem, 2005 ; Lecoursonnois, 2006 ; Michaux *et al.*, 2006 ; Michaux *et al.*, 2007).

4.1.4. Les suggestions :

En hypnose thérapeutique, le thérapeute prononce des paroles soigneusement choisies que l'on nomme « *suggestions* ». Elles doivent être cohérentes avec le sujet, son vécu et le thème défini lors de l'alliance

thérapeutique. Le praticien reprend les gestes, les mots ou expressions personnelles du patient afin qu'il les comprenne et les adopte spontanément. Ceci permet la concrétisation de leur contenu grâce à l'hypnose.

Ces suggestions sont de deux types. Directes, elles gèrent de suite le problème auquel elles fournissent des solutions spécifiques. Le praticien les utilise également pour guider le patient : « *installez-vous confortablement dans le fauteuil* », « *fermez les yeux* »... Elles utilisent très peu les ressources de l'inconscient et servent principalement à atteindre un objectif (s'allonger, respirer amplement...). Elles peuvent engendrer des résistances chez le patient car l'expérience pourrait lui devenir menaçante et trop autoritaire. Elles sont néanmoins importantes, et se combinent avec le second type de suggestions, les indirectes.

Ces dernières sont données plus discrètement au sujet en contournant son esprit conscient et ses croyances limitatives. Elles concernent son inconscient. En effet, plus elles seront indirectes et

plus le patient utilisera ses ressources internes et les interprétera afin de leur donner une signification particulière. Elles peuvent prendre la forme d'histoire, de jeux de mots, de contes afin de mieux atteindre les facultés imaginaires et créatives. Les résistances sont diminuées et les émotions s'expriment plus librement. De plus, en ne forçant pas le patient à répondre aux demandes du thérapeute, celui-ci lui témoigne du respect, ce qui constitue une approche très recommandée. Néanmoins, ces paroles indirectes peuvent susciter une confusion pour le patient qui ne comprend pas comment elles permettent la résolution de son problème, d'une part, et par la distance qu'elles créent avec le praticien, d'autre part.

Il est nécessaire d'alterner les suggestions directes et indirectes au cours de la séance, selon le but recherché à un moment précis (Bourassa, 1999 ; Virot, 2002 ; Virot, 2010 ; Virot et Bernard, 2010 ; Benhaiem, 2005 ; Lecoursonnois, 2006).

Une expérience personnelle est composée d'une multitude de caractéristiques, qui font qu'elle est unique pour cette personne. Ses dimensions visuelles, auditives, olfactives, kinesthésiques et gustatives seront utilisées et appuyées, pour renforcer la sensation de vivre réellement le souvenir désiré. Telle ou telle sensorialité peut être approfondie selon l'histoire du patient (s'il a décrit une ballade à cheval, le kinesthésique pourra être plus marqué).

Tout ce qui a été confié doit être restitué le plus précisément possible. Par exemple, si le patient parle de nager dans une eau agréable, cela est différent que de nager dans de l'eau chaude : le patient pourrait alors penser à la brûlure, ce qui ne serait pas du tout bénéfique !

Parfois, le thérapeute a un manque de données pour préciser une expérience, comme aucune information olfactive pour une promenade en bord de mer. Dans ce cas, il peut en inventer avec beaucoup de prudence et en utilisant des termes comme « *peut-être* ». Au lieu de dire « *vous sentez le soleil sur votre peau et l'odeur de l'iode* », alors que le patient n'en avait pas parlé, le praticien dira « *peut-être sentez-vous le soleil sur votre peau et l'odeur de l'iode* ». Cette gymnastique de reformulation est un apprentissage qui s'acquiert assez vite avec la

pratique de l'hypnose. Cela permet de respecter au mieux le souvenir évoqué, car si le thérapeute commet une erreur dans le scénario, le sujet sera déstabilisé. En effet, pour sa conscience imaginaire, ce travail de reformulation nécessiterait un effort mental trop important pour l'équilibre de la transe. Néanmoins, si ces erreurs sont rares et qu'elles ne modifient pas les fondamentaux de l'histoire, l'impact sur la transe sera minime.

Par les suggestions, le dentiste accompagne son patient dans son monde intérieur, là où il se sent bien et a choisi d'aller. Il lui sert de guide, d'où l'importance d'avoir auparavant créé une confiance mutuelle. Petit à petit, il se focalise plus intensément sur la voix douce du thérapeute, sur ses sensations corporelles et sur les images qui lui viennent spontanément à l'esprit (Bioy et Michaux, 2007 ; Bernheim, 2013 ; Benhaïem, 2012).

Le langage métaphorique du « *comme si* », propre à la conscience imaginaire, est utilisé. Il est particulièrement utile et actif pour induire une transe car il agit sur les grands processus corporels comme la motricité (« *c'est comme si votre bouche reste ouverte comme une grande baie vitrée donnant sur un beau jardin* »), la sensibilité (« *c'est comme si vous aviez bu une délicieuse boisson fraîche* »), la salivation (« *c'est comme si le robinet était fermé* ») ou encore la cicatrisation (« *c'est comme si votre corps allait refermer la fermeture éclair* »).

Les muscles se décontractent, les rythmes cardiaques et respiratoires sont réguliers et le dialogue verbal disparaît. Les signes de l'hypnose, décrits précédemment, sont alors visibles.

Durant cette phase, le stress, l'anxiété et leurs symptômes s'estompent progressivement au profit du calme, de la sécurité et du confort.

Le plus souvent, les patients préfèrent fermer les yeux, ce qui facilite la concentration et en même temps la relaxation. De plus, la fermeture des paupières entretient l'humidification de la cornée qui serait plus sèche les yeux ouverts, car les mouvements oculaires sont réduits pendant l'hypnose. Le confort est donc amélioré les paupières closes (Michaux *et al.*, 2006 ; Michaux *et al.*, 2007 ;).

4.1.5. L'accompagnement : le « *signaling* » :

Pendant la transe le patient est éveillé, si bien qu'il peut continuer à communiquer avec le praticien. Comme il se remet complètement à l'équipe de soins, il demeure en alerte et percevra immédiatement une inquiétude environnante. Il pourra alors réactiver sa conscience critique et le signaler au thérapeute.

Les mouvements spontanés sont rares, ils sont donc d'autant plus précieux. Si un inconfort survient, il sera manifesté par le corps : déplacement d'un doigt ou d'une main, changement du rythme respiratoire, clignement des paupières... En effet, en état de transe, il est difficile de s'exprimer verbalement car cela nécessite un effort musculaire de l'appareil phonatoire. Or, du fait de la relaxation des muscles qui s'installe de plus en plus intensément au cours de la séance, cette réactivation est compliquée et compromettrait la séance. Une gêne sera dans la majorité des cas manifestée par le corps de manière discrète et non verbale.

Une technique de communication non verbale nécessite d'être créée en début de séance pour exprimer tout malaise. Elle est appelée « *signaling* ». Par un tout petit geste, le patient informe le thérapeute de son ressenti par un code de réponses plus ou moins inconscientes. Plusieurs solutions existent : un mouvement de tête pour oui/non (mais ceci nécessite une mobilisation musculaire importante qui compromettrait le soin), un mouvement de doigt pour oui et un autre pour non, un

clignement des paupières (parfois difficile à détecter), ou encore un mouvement d'une main sur celle du praticien qui reçoit un message corporel (ce lien est sécurisant pour le sujet mais nécessite un contact physique permanent, ce qui est impossible dans le cadre d'un soin dentaire ou seulement en présence d'un tiers).

Selon les circonstances, l'expérience de l'hypnothérapeute et le désir du patient, l'une ou l'autre de ces méthodes sera choisie. Le principal étant que le geste soit simple, rapide à effectuer et facilement détectable par le praticien. Pour tester si le *signaling* est bien établi, le praticien peut demander « *Est-ce que vous êtes confortablement installé ?* » ou s'assurer du bien être en disant « *Quand vous ressentirez le confort vous envahir doucement, vous pourrez me faire un geste* ».

Afin de repérer les signaux et d'adapter son discours, le thérapeute doit se positionner en tant qu'observateur, et donc rester en conscience critique, alors qu'il doit en même temps s'installer lui-même dans une transe, pour avoir accès à son imaginaire et raconter un scénario. Cet état dissocié du thérapeute est fondamental pour assurer la sécurité du patient et nécessite une formation préalable pour le maîtriser. Les meilleures conditions thérapeutiques pour le sujet sont ainsi assurées. C'est l'art de l'hypnothérapeute : savoir combiner deux fonctions fondamentales au même endroit et au même moment. Il doit veiller en continu à la sécurité du patient grâce à sa conscience critique active, tout en se substituant à celle-ci pour accompagner en transe le sujet et assurer son confort (Virot et Bernard, 2010 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Bernard et Musellec, 2013).

4.1.6. Les techniques d'induction particulières :

Dans la plupart des cas, la méthode d'induction précédente est facilement utilisée et mise en place. Néanmoins, face à un patient très nerveux et anxieux ou douloureux, le praticien devra s'adapter et mettre en place d'autres moyens pour l'aider et le soulager. En effet, chacun possède son propre degré d'hypnosuggestibilité, c'est-à-dire que le fait d'accepter les suggestions variera entre individus, qui entreront plus ou moins facilement et rapidement en état de transe.

Pour un patient à faible suggestibilité, une étape intermédiaire devra être réalisée afin qu'il quitte sa transe négative spontanée et revienne tout d'abord à la réalité extérieure. Ensuite, une deuxième induction sera nécessaire pour le guider de cette réalité vers son monde intérieur. Les techniques de suggestions seront alors plus approfondies et nous utiliserons par exemple des techniques de confusion mentale, expliquées plus loin.

Pour faciliter l'entrée en transe, l'hypnothérapeute peut également induire une catalepsie du bras (il sera immobilisé dans la position suggérée), une lévitation de la main, une catalepsie des yeux

ou encore une sensation (un engourdissement, des fourmillements...). La catalepsie correspond au maintien d'un membre dans une position décrite par le thérapeute, et cela sans aucun signe de fatigue ou de sensation désagréable du patient, qui d'ailleurs, n'y participe pas activement. Ces phénomènes, peu ordinaires, sont des caractéristiques de l'état d'hypnose et servent de levier pour atteindre les objectifs thérapeutiques en diminuant les résistances du patient.

L'induction par questionnement est aussi très utile. Elle consiste à demander au patient s'il peut s'installer confortablement, regarder autour de lui, fermer les yeux... Les phrases sont interrogatives et, dans un premier temps, à réponse binaire oui/non, comme « *Pouvez-vous percevoir votre respiration ?* », ou encore « *Est-ce que votre mémoire peut vous donner un souvenir agréable ?* ». Le patient répondra par le signal préalablement établi.

La question est une suggestion indirecte qui retire au praticien la peur d'échouer en formulant une parole inadéquate. Le patient est attentif à ses réponses et émotions internes pour mieux réaliser les changements thérapeutiques futurs.

Entre chaque question, une pause de 30 à 45 secondes est nécessaire, le temps que la réponse se fasse. Celle-ci peut être intérieure, le thérapeute ne la recevant pas. Le but est simplement de susciter un travail de réflexion qui aboutira à la réalisation d'un acte. Les questions révèlent des possibilités d'association dans l'inconscient du sujet. Une absence de réponse signifie que l'inconscient n'est pas encore prêt à réagir.

Les deux premières sont permissives et directes. Elles portent sur l'expérience immédiate (par exemple : fermer les yeux). Les deux suivantes suivront le même principe mais l'hypnothérapeute parlera en terme dissociatifs, c'est-à-

dire que le patient deviendra spectateur de son expérience (« *est-ce que votre mémoire peut vous redonner un souvenir agréable ?* »).

L'effet de surprise permet également de déplacer la résistance du patient, en le distrayant et en l'éloignant de sa focalisation sur un stress ou une pensée négative. Une devinette, une phrase incompréhensible ou laissée en suspens, un problème arithmétique ou une répétition de mots perturbe son attention et le désoriente. Le passage vers une transe positive est ainsi facilité car les barrages mentaux ont été levés.

Pour renforcer des suggestions et les rendre plus efficaces, le praticien peut les relier entre elles : ce sont des suggestions composées. Par exemple, pour un bras en catalepsie, il dira : « ***Et lorsque*** vous devenez conscient de l'engourdissement qui s'étend dans votre bras, ce bras devient encore plus léger, comme une plume, et redescend doucement vers votre ventre ». La conjonction « *et lorsque* » lie les différentes phases de la séance d'hypnose, fluidifiant le récit du thérapeute. D'autres conjonctions de temps sont utilisables comme « *et quand* », « *lorsque* », « *dès que* ».

Les mots « *jusqu'ici* », « *alors, à ce moment-là* » complètent également ces compositions.

Cette première étape fondamentale qu'est l'induction, permet au patient d'entrer en transe formelle positive. Elle prépare aux phases suivantes qui offrent la possibilité de modifier différents aspects de l'expérience du patient, par des suggestions de plus en plus ciblées sur le but thérapeutique. En effet, les suggestions lors de l'induction portent sur une émotion, un moment agréable ou un souvenir vécu par le patient afin de le détendre et de lui faire quitter la réalité extérieure, souvent agressive pour lui au cabinet dentaire. En revanche, une fois la transe induite, elles seront plus précises et centrées sur l'objectif de la séance d'hypnose (soulagement d'une douleur, résolution d'un problème de stress lors d'un rendez-vous...) (Lecoursonnois, 2006 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Virot et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013).

La seconde étape est la dissociation. Le travail thérapeutique débute alors.

4.2. La dissociation :

Cette phase de travail repose sur le fonctionnement de l'inconscient et sur la sollicitation de ses ressources. Une reprogrammation mentale et un réaménagement comportemental sont recherchés afin d'engendrer un changement thérapeutique positif. L'hypnose restructure ainsi l'individu en l'extrayant de ses croyances et de ses

habitudes néfastes. En effet, en permettant à l'inconscient de s'exprimer, l'hypnose offre un accès direct aux sensations et émotions internes du sujet, qui seront les clés pour guérir un trouble. Le comportement qui s'opère généralement face à celui-ci pourra ainsi être modifié et amélioré.

Le langage hypnotique lors de la dissociation, qui sera détaillé dans un chapitre suivant, joue un rôle primordial pour activer l'inconscient et le libérer du conscient. Il se caractérise par une manipulation non conventionnelle des mots, en convertissant une parole en images. Il potentialise les facultés d'imagination et de création par l'association libre d'idées et de sensations. L'imaginaire prend le dessus sur la raison, les émotions sur la logique et l'affect sur la compréhension.

La transe hypnotique précédemment induite a créé un trouble, et le sujet devient à la fois spectateur et acteur de ses réalisations et pensées. Elle a contourné la conscience critique qui croit posséder les réponses à toutes les situations, réponses qui sont en général erronées par les croyances, le vécu et les expériences propres à chacun. L'hypnose éveille l'inconscient à l'insu du conscient, trop analogique et limitatif.

La dissociation est vécue quotidiennement et constitue un phénomène banal. Elle est indispensable pour maintenir une limite entre l'environnement et le corps. Elle constitue une ressource psychologique. Par exemple, lorsqu'une personne parvient à regarder un film avec plaisir, en oubliant pendant un temps un problème ou un stress, elle a dissocié spontanément sa pensée et mis de côté cette inquiétude.

Lors d'une séance d'hypnose, le thérapeute provoque la dissociation et la potentialise par des suggestions ciblées de manière à la rendre stable. Elle est un élément central du processus hypnotique, révélant l'existence de cet état intermédiaire entre la conscience et l'inconscient.

Le praticien utilise des verbes comme « regarder », « observer », « imaginer », « supposer », « apprécier » qui vont la favoriser et faciliter l'adhésion du patient à ses propositions. Les paroles sont ici plus ciblées sur le but thérapeutique, contrairement à celles de l'induction concentrées sur le souvenir agréable du patient.

Le praticien maintient la transe par des paroles appropriées, qui entretiennent la confusion vécue par le sujet et ses facultés d'imagination. Il peut dire par exemple « *Pendant qu'une partie de vous est ici sur ce fauteuil, une autre est en train de se baigner dans cette eau claire et douce...* ». Le patient est alors dissocié : son corps est au cabinet tandis que son esprit est lui, très intéressé par cette baignade (Lecoursonnois, 2006 ; Michaux *et al.*, 2006 ; Bioy et Michaux, 2007 ; Larroque, 2012).

Au cours de cette phase, le patient est fasciné et totalement absorbé mentalement par le récit du thérapeute. Il se sépare plus intensément de son attention liée aux fonctions réflexives, intellectuelles et sensorielles. Il se coupe de ses perceptions visuelles, auditives, olfactives, gustatives et tactiles, perdant ainsi le contexte de la situation présente. Il s'installe dans une sensorialité fonctionnant en dehors de la raison. Son corps est toujours engourdi. Il se sent bien et en sécurité.

Une fermeture sur le monde externe s'opère. Il y a dissociation avec la réalité extérieure et, à l'inverse, une association avec la réalité intérieure. Ces deux modalités forment un couple indissociable qui évolue selon le but recherché. (En effet, à la fin de la séance, le processus inverse se produira : il y aura association avec la réalité extérieure et dissociation avec la réalité intérieure).

Une désorientation spatio-temporelle est observée. Le patient peut régresser ou avancer en âge car il n'a plus de notion du temps. Un long soin pourra lui paraître avoir duré quelques minutes. A l'inverse, si la transe a été désagréable, le temps pourra sembler s'être écoulé très doucement.

Dans le cas d'un soin douloureux, le sujet se dissocie pour un temps d'une partie gênante de son corps qu'il confie au praticien. Une restriction sensorielle se produit alors pour calmer la douleur.

Une sensation de stress ou d'anxiété qui s'exprime normalement par une agressivité, une agitation ou encore une sensation d'étouffement, pourra être remplacée grâce aux suggestions par un autre comportement, comme l'adoption d'une respiration ample et régulière pour se calmer (Virot et Bernard, 2010 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Benhaïem, 2005 ; Benhaïem, 2012 ; Virot, 2002 ; Virot, 2008 ; Virot, 2010 ; Virot, 2013).

Pour le thérapeute, les techniques de dissociation à mettre en œuvre nécessitent un apprentissage préalable, une confiance en soi et une volonté importante pour réussir à maintenir l'état de transe du patient durant les étapes suivantes. Le patient, dès lors entièrement séparé de la réalité extérieure, est prêt à passer à la troisième étape, celle de l'ouverture sur son moi intérieur.

4.3. La perceptude :

L'induction a induit la transe, puis la dissociation a permis au sujet d'être intensément à l'écoute de sa réalité intérieure, en laissant de côté pour un moment son corps. Paradoxalement, pour mieux retrouver son corps, il fallait commencer par le quitter en se dissociant de lui.

Afin d'utiliser au maximum les ressources, les capacités d'inventivité et d'imagination dont il dispose, le patient doit ensuite atteindre un état hypnotique particulier dans lequel il renouera avec son organisme. C'est ce qui est appelé la « *perceptude* » ou encore l'« *ouverture* ». L'unique objectif est de le faire communiquer avec la totalité de son corps, de son espace et de son savoir, donc de tout ce qui le compose. L'atteinte de cet état constitue la phase d'aboutissement de la séance d'hypnose.

Pour guérir, cette ouverture est nécessaire. Chaque perception ressentie est examinée afin d'améliorer sa représentation dans le cerveau. Les ressources personnelles sont explorées afin de résoudre le problème rencontré (Roustang, 2005 ; Benhaïem, 2005 ; Benhaïem, 2012 ; Lecoursonnois, 2006 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Virot et Bernard, 2010).

Comme le disait Erickson, « *l'expérience perceptive permet de renouer avec de bons processus physiologiques qui rétablissent la guérison* ». La personne est de nouveau en accord avec son corps et le monde. Selon Roustang, le thérapeute « *amène le patient au seuil de sa liberté* » (Balken et Melchior, 2004).

La perceptude est là en permanence, sous-jacente à toute perception. L'hypnothérapeute la place au premier plan et en propose ainsi l'expérience à son patient dans un but thérapeutique.

4.4. La réassociation :

Cette dernière étape cruciale, qui nécessite une grande rigueur pour le praticien, marque la fin de la séance. Le patient est invité à se dissocier peu à peu de sa réalité intérieure pour se réassocier avec la réalité extérieure. Pour l'aider à retrouver le contact avec le monde, la salle de soins et le cabinet, le thérapeute utilise des suggestions post-hypnotiques auxquelles il demande d'avoir des réponses verbales. Il adopte de nouveau une voix ordinaire pour faciliter la sortie de transe. En effet, bien souvent, le patient étant calme et dans un état confortable, il souhaiterait bien y demeurer plus longtemps !

Le praticien clôture l'histoire du patient, en le guidant pour qu'il réactive doucement sa conscience critique. Il est donc d'autant plus intéressant d'avoir auparavant choisi un thème ayant un début, un milieu et une fin, afin de fermer une boucle. Le patient peut commencer un voyage et le terminer, être parti se promener puis revenir chez lui... Si la fin est congruente, le retour à la réalité extérieure sera facilité. Le passage complet à la conscience critique sera également adouci.

L'intérêt des suggestions post-hypnotiques est d'inviter le patient à conserver quelque chose d'agréable et d'utile après la séance. Cela permet le passage d'une partie de l'expérience vécue dans la conscience critique lors de sa réactivation. Le sujet pourra par la suite la revivre en partie afin de se souvenir de ce moment agréable, et ainsi gérer calmement une situation de stress ou d'anxiété. C'est une sorte de cadeau qui lui est offert pour le remercier de sa collaboration active à la séance.

Le praticien peut lui dire, par exemple, qu'au prochain rendez-vous, il lui suffira de s'asseoir au fauteuil et de fermer les yeux pour retrouver la transe qu'il vient d'expérimenter, et peut-être même l'approfondir encore plus. Ces suggestions, directes ou indirectes, sont adressées à l'inconscient du patient. Elles se manifesteront plus tard dans sa conscience, lui permettant de comprendre, par exemple, les raisons pour lesquelles il subissait un stress au fauteuil.

Le praticien cherche à créer un souvenir de l'expérience hypnotique en demandant directement « *Je vous invite à garder ce qui est le plus intéressant pour vous de ce voyage/de cette soirée/de cette baignade* », ou implicitement « *Lorsque vous aurez choisi ce dont vous voulez vous rappeler, vous prendrez une inspiration profonde* ». Dans le second cas, le patient reçoit un double message : il ramène quelque chose de bénéfique de la transe et est prêt à revenir à la réalité extérieure (Virost et Bernard, 2010 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Bernard et Musellec, 2013).

Le retour au monde externe doit se faire graduellement et suivre un ordre précis. Un accompagnement soigneux garantit au patient de retrouver son fonctionnement mental antérieur rapidement et le plus confortablement possible.

Le thérapeute emprunte le même chemin que pour de l'induction de la transe, mais cette fois en sens inverse. Par exemple, s'il a décrit le souvenir en commençant par les caractéristiques visuelles puis auditives, il débutera par les éléments auditifs et ensuite visuels pour la réassociation.

Le praticien réoriente ensuite son patient « *ici et maintenant* » en lui demandant de prendre une grande respiration marquant le passage inconscient-conscient par une suggestion directe (« *prenez une grande respiration* »). La réorientation temporelle vers le présent, d'autant plus importante pour un long soin, s'effectue en lui précisant la date et l'heure. Pour la notion d'espace, les cinq dimensions sensorielles sont réactivées dans l'ordre inverse de la transe (donc VAKOG devient GOKAV). Le thérapeute peut avoir précédemment écrit les différentes étapes qu'il a narrées lors de l'induction, pour les énoncer dans le bon ordre en fin de séance.

Il invite le sujet à reprendre doucement le contrôle de son corps et à ouvrir les yeux s'il les avait fermés (« *vous retrouvez un tonus musculaire agréable pour continuer vos activités de la journée et ouvrez les yeux* »). Les mouvements doivent être au début simplement localisés, au niveau du visage et des mains, pour ensuite s'étendre progressivement au reste du corps. L'étirement musculaire peut conclure la séance, selon le profil physique du patient (handicap, incapacité temporaire...).

Le praticien discute avec son patient pour vérifier l'état de sa conscience critique, savoir ce qu'il a ressenti au niveau corporel et comment il se sent maintenant. Il observe son fonctionnement psychomoteur : la voix, les mouvements spontanés, la mobilité du regard, la respiration...

Le thérapeute doit également protéger son patient d'une mémorisation désagréable ou douloureuse. Ainsi, meilleures seront les conditions de réassociation, et plus la guérison sera efficace et rapide. La préparation à un prochain soin en sera facilitée. Si un mauvais souvenir de l'expérience hypnotique est conservé, il restera ancré et le sujet craindra un prochain rendez-vous, voire n'en souhaitera plus. Le bénéfice serait alors nul si l'anxiété de départ se retrouve majorée ! En effet, tout ce qui a été fort émotionnellement sera retenu, que ce soit en positif ou en négatif. Ainsi, un souvenir difficile suffit à effacer une sensation de confort ressentie antérieurement.

Les mots doivent donc être soigneusement choisis car le sujet est encore dans une phase fragile où des mots négatifs, comme « *douleur* », « *difficile* », pourraient être enregistrés et assimilés à cette expérience hypnotique. Au contraire, demander « *êtes-vous bien confortable maintenant ?* » lui permet de se focaliser sur ce confort et le mémoriser. Les règles de communication thérapeutique doivent être scrupuleusement respectées.

Il est utile également de savoir si le patient a gardé des informations de la transe : « *avez-vous ramené quelque chose d'intéressant de votre voyage ?* ». Si la réponse est oui, il lui sera expliqué qu'à chaque fois qu'il en aura besoin, il pourra utiliser ce qu'il a rapporté pour être plus détendu, moins anxieux. De plus, parler de suite de l'expérience hypnotique permet une mémorisation optimale de ses bienfaits.

L'objectif est, qu'à la fin du soin, le sujet réalise qu'il a réussi à surmonter une difficulté dans un environnement qui lui était hostile, et ceci grâce à ses propres ressources mentales. Il se sent valorisé, et le praticien soulignera qu'il n'a fait que l'aider, et que c'est lui, le patient, qui a effectué activement le travail.

Pour conclure la séance d'hypnose, le praticien échange avec son patient des phrases banales en apparence, comme lui demander ce qu'il va faire de sa journée. Cette technique d'anticipation, simple et très efficace, oriente l'attention vers le futur et donc la guérison. Enfin, serrer la main en l'accompagnant vers la sortie du cabinet clôt la séquence relationnelle par un contact sécurisant (Virot, 2002 ; Virot et Bernard, 2010 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Bernard et Musellec, 2013).

V - L'auto-hypnose : un outil précieux pour le soignant et le soigné :

Le processus hypnotique précédemment détaillé, nécessite pour le patient d'être accompagné d'un thérapeute. Il le guide tout au long de la séance afin d'atteindre son but thérapeutique et d'engendrer les changements recherchés. Une autre forme d'hypnose, appelée « auto -hypnose », existe et permet de travailler sur

soi-même en complète autonomie. Le sujet peut ainsi entrer en transe hypnotique par ses propres moyens, seul et où il le désire. Par diverses techniques, l'hypnose profonde est rapidement atteinte pour communiquer avec l'inconscient, et ceci sans l'aide d'un tiers ou d'un enregistrement.

Elle consiste à se mettre soi-même en transe positive. Chacun sait au fond de lui comment activer ce sentiment de bien-être tout en étant un peu « ailleurs » (regarder un film, se rappeler un souvenir ou de sensations...). Elle est utilisable dans n'importe quel lieu, du moment qu'un sentiment de sécurité est ressenti, permettant un relâchement du corps et de l'esprit. La séance dure de quelques minutes à plus d'une demie-heure selon le besoin au moment T et les effets recherchés, plus ou moins complexes.

L'auto-hypnose offre, par des moyens simples, un sentiment de calme, d'apaisement et de confiance en soi. Elle se révèle être très utile pour la gestion du stress et de l'anxiété (Virost et Bernard, 2010 ; Virost, 2002).

Pour le patient, elle prolonge la séance d'hypnose réalisée au fauteuil, potentialisant ainsi le travail effectué et les résultats obtenus. Il pourra ensuite, par son apprentissage, recréer la transe hypnotique positive et retrouver l'état de confort qu'il a précédemment vécu. Il saura dès lors vers quel endroit se projeter pour être bien, calme et en harmonie avec lui-même. L'apprentissage de l'auto-hypnose s'effectue au cabinet, avec l'aide du thérapeute qui donne et explique les clés de cet outil. Bien entendu, la motivation du patient et la volonté d'apprendre sont nécessaires (Virost et Bernard, 2010 ; Chanine *et al.*, 2006).

L'auto-hypnose a de nombreux objectifs selon le cas clinique : diminuer la douleur aiguë ou post-chirurgicale, favoriser la cicatrisation, préparer à un soin douloureux, gérer le stress et l'anxiété en général ou face à une situation (chez le dentiste par exemple). Elle est utilisable pour tous les maux, aussi bien médicaux que sociaux. En effet, elle offre également la possibilité de guérir l'insomnie, de réussir à s'écouter et ainsi comprendre ses propres objectifs de vie en visualisant ses envies et ses rêves. Ses champs d'application sont infinis, allant du bien-être personnel au soulagement de pathologies. Avant toute chose, il est essentiel que la personne se fixe un but explicite : résoudre une difficulté en se focalisant sur ces caractéristiques, prendre du recul, prolonger les bénéfices d'une séance en hétéro-hypnose, soulager une tension, préparer un événement (examen, accouchement, compétition...) ou encore activer ses ressources inconscientes (créer de nouveaux projets, augmenter sa créativité...) (Virost et Bernard, 2010 ; Virost, 2002 ; Roustang, 2002 ; Benhaïem, 2005 ; Virost, 2013 ; Larroque, 2012 ; Chanine *et al.*, 2006).

5.1. Les différentes phases :

Comme l'hypnose formelle avec l'aide du thérapeute, diverses phases existent et sont quasiment similaires à cette dernière. Elles sont ici au nombre de six et doivent se succéder dans cet ordre : l'induction, l'approfondissement, les suggestions pré-hypnotiques, les auto-suggestions, les suggestions post-hypnotiques et enfin l'étape de réveil. La séance doit se dérouler dans un lieu sécurisant mais pas obligatoirement dans le silence. L'auto-hypnose peut se pratiquer n'importe où, d'où l'intérêt pour gérer un stress imprévu.

Premièrement, l'induction est la porte d'entrée vers la transe et le relâchement du conscient au profit de l'inconscient. La personne s'installe « ici et maintenant ». Pour favoriser la déconnexion avec le monde externe, le sujet se place dans une position confortable mais pas trop, afin de ne pas s'endormir. Il compte ensuite mentalement de 10 à 1 doucement, en respirant profondément et en visualisant ces chiffres. Il se dira « *Je vais compter de 10 à 1, et à 1, je serai parfaitement calme et détendu* ». Ou encore : « *A chaque respiration, je suis de plus en plus relaxé, et ma transe s'amplifie petit à petit* ». Il peut également visualiser la descente d'un long escalier en pensant « *A chaque marche, mon bien-être augmente progressivement et je me sens de mieux en mieux* ». Afin d'éviter l'endormissement, un objet léger (un stylo, une cuillère...) peut être tenu en équilibre dans une main pour conserver un tonus musculaire et ainsi éviter l'assouplissement, conséquence du sentiment de bien-être ressenti.

La seconde étape consiste à approfondir la transe. Plusieurs moyens existent comme celui appelé « *La spirale sensorielle* ». La personne se focalise sur les différentes sensations qu'elle éprouve : le contact des pieds sur le sol, celui du dos sur le dossier de la chaise, des fesses sur le siège et aussi des bruits extérieurs, des odeurs, des images ou points derrière les paupières closes. Les cinq sens sont analysés pour que le sujet prenne pleinement conscience de son corps et de ses sensations internes. Il se déconnecte peu à peu de la réalité extérieure.

Un souvenir agréable, un lieu où il se sent bien et apaisé est aussi souvent utilisé. Il se concentrera alors sur les sensations de cet environnement (une promenade au bord de mer, un jardin...). Le chemin emprunté, le déroulement du scénario sera effectué dans le sens inverse en fin de transe.

Pour atteindre l'état de transe, une autre technique d'approfondissement consiste à fixer un point immobile, devant soi, et un peu au-dessus de la ligne imaginaire du regard. Le sujet tend le bras à hauteur du point, et se dit, tout en le fixant intensément : « *Quand mon bras sera le long de mon corps / touchera ma jambe, j'atteindrai un état de transe profonde* ». Il baisse peu à peu son bras en se focalisant toujours sur le point et en se répétant mentalement cette phrase. Cette technique est moins facile à utiliser en public, contrairement aux deux premières qui nécessitent seulement d'être assis et de fermer les yeux (Virot 2013 ; Larroque, 2012 ; Benhaïem, 2005 ; Chanine *et al.*, 2006 ; Virot et Bernard, 2010).

Des suggestions pré-hypnotiques sont ensuite utilisées pour préparer l'inconscient à bien recevoir les informations que le sujet va lui envoyer. Elles vont faciliter le travail. Des phrases comme « *Mon inconscient est*

présentement actif aux suggestions et va permettre aux changements nécessaires de se faire » ou « *Mon inconscient est parfaitement disposé à faire cet exercice de visualisation* », peuvent être utilisées.

L'inconscient est désormais prêt à recevoir des auto-suggestions. Des phrases prises dans les livres comme « *Je vais mieux, de mieux en mieux et en tout point* » ou encore « *Je fais ce que j'ai à faire et je dis les choses simplement* », sont souvent utiles, bien qu'elles ne soient pas très ciblées sur un but précis. Selon l'objectif, le sujet peut créer ses propres suggestions en choisissant des mots et des verbes d'action qui vont encourager l'inconscient à cheminer graduellement vers celui-ci. Les pensées doivent toujours être affirmatives et positives. Par exemple, la personne ne se dira pas « *Je serai moins stressée* » mais « *Je serai plus calme et détendue* ». Les négations et les mots à connotation néfaste (« *mal* », « *douleur* », « *piqûre* ») sont également abandonnés. En effet, le cerveau étant sélectif, si dans une parole ou une pensée il y a un mot négatif, il le retiendra en priorité sur tout autre mot positif. La formulation est donc importante pour mener à bien ce travail.

La visualisation mentale est aussi utile. Le sujet s'imagine, par exemple, une salle de contrôle dans l'inconscient au sein de laquelle il diminue le stress et l'anxiété ou, au contraire, augmente son courage et sa confiance en soi. Il peut également se projeter dans l'avenir, se voyant réussir sa mission, ou s'imaginer faire un grand ménage et se débarrasser de tout ce qui encombre son inconscient.

Une émotion, une sensation, une tension ou encore une gêne peuvent être observées, de haut, comme si la personne analysait la situation de loin. Elle pourra alors prendre du recul et comprendre comment soulager une difficulté et modifier tel ou tel comportement.

L'avant dernière étape consiste à renforcer le travail effectué par des suggestions post-hypnotiques. Elles conditionnent l'inconscient à poursuivre les changements engendrés et à les améliorer, en les mettant en pratique dans la vie quotidienne. Le but est de créer un ancrage, auquel la personne pour se rattacher dès qu'elle en sentira le besoin. Le sujet peut se dire « *Mon inconscient a bien reçu les informations et elles se manifesteront par des comportements nouveaux et mieux adaptés dans la vie de tous les jours* » ou encore « *Dès maintenant, à chaque fois que je penserai au dentiste, je serai calme et toute anxiété aura disparue* ».

L'étape du réveil clôture la séance d'auto-hypnose. Comme lors de l'hypnose formelle, elle est cruciale et conditionne la réussite complète du travail réalisé. Le sujet suggère à son inconscient qu'à son réveil, il sera pleinement disposé à passer une bonne journée, à être plus détendu ou encore prêt à s'endormir paisiblement. Il se dit « *Je vais maintenant compter de 1 à 5. A 5, mes yeux s'ouvriront et je serai particulièrement calme et prêt à passer une bonne journée / à bien travailler / à bien dormir* ». La respiration redevient normale et le tonus musculaire est complètement retrouvé (Virot 2013 ; Larroque, 2012 ; Benhaïem, 2005 ; Chanine *et al.*, 2006 ; Virot et Bernard, 2010).

Le processus peut sembler être long, mais en réalité, une fois ces quelques outils maîtrisés, il suffit de quelques minutes pour se sentir bien et réconforté. Bien sûr, plus les séances seront assidues et réalisées régulièrement, même plusieurs fois par jour, et plus les résultats obtenus seront probants. Pour un objectif complexe (un très grand stress, une phobie, de forts réflexes nauséeux au fauteuil...), les suggestions devront être précises et bien ciblées. La fréquence des séances devra être plus importante pour travailler au maximum sur les changements recherchés (Chanine *et al.*, 2006).

Lors de la formation Emergences à Rennes en 2013, le docteur Virot a proposé une séquence à réaliser par le patient au fauteuil, puis chez lui pour s'entraîner. Elle comporte quatre temps : le décollage, l'atterrissage, l'installation et les activités. Pour le décollage, la respiration est forcée, la tête est en extension arrière et le regard est dirigé vers le haut et en arrière. Cette position simule celle adoptée dans un avion lors du départ. Ensuite, pour l'atterrissage, l'inspiration est bloquée et les yeux se ferment. Le lieu d'arrivée est choisi par le sujet. Le troisième temps, celui de l'installation, s'effectue avec une expiration lente et douce dans l'endroit désiré et toujours les paupières closes. Le patient y est confortable et en sécurité. La dernière étape est celle des activités concordant avec le lieu (nager, marcher...). La respiration est de nouveau régulière et ample. L'inconscient est dès lors prêt à recevoir des auto-suggestions (Virot, 2013).

5.2. L'auto-hypnose pour les praticiens :

Si l'auto-hypnose s'avère être très utile pour les patients, elle est également un outil bénéfique et non négligeable pour le corps médical. En effet, les professionnels de santé doivent faire face à un stress important au travail, notamment chez les chirurgiens dentistes. Il y est considéré que 60 % d'entre eux sont en phase d'épuisement à la fin de leur carrière, dont 12 % sont dans un niveau pathologique, incapables d'exercer leur activité correctement ! C'est ce qui est appelé « *le burn-out*

professionnel ». Cet épuisement physique et psychologique n'est pas du à une fatigue normale de fin de semaine qui se récupère dans le week-end ou pendant les vacances. Il est la conséquence d'une accumulation de stress et d'épuisement pendant une longue période, qui perturbe peu à peu le cycle naturel équilibré entre la veille et le sommeil. Des symptômes corporels et mentaux apparaissent et s'amplifient de jour en jour s'il ne sont pas détectés et traités. La conséquence finale est l'implosion où le praticien est au bord de la rupture, de la dépression, et donc, de la faute professionnelle.

Le burn-out est courant dans la profession de chirurgiens dentistes car ils exercent un métier de relation dans lequel ils s'occupent des patients, les rassurent, les écoutent et les soulagent de leurs maux. Ils doivent être à l'écoute de chaque personne et établir une relation humaine spécifique avec chacune. Ceci est d'autant plus

compliqué car la grande majorité des patients ne consultent pas par plaisir, mais au contraire, avec beaucoup de fausses croyances (« *ça fait mal* », « *il va m'arracher des dents* »...), de peur et d'anxiété, voire même parfois d'agressivité. Il est rare de rencontrer quelqu'un content de faire des soins dentaires, la bouche étant un lieu intime. Le praticien doit donc à chaque rendez-vous oublier sa propre fatigue, son stress (retard, urgences à gérer, soin compliqué, mais aussi problèmes personnels) pour soigner ses patients et les rassurer avec le sourire. Or ceci n'est pas toujours simple à réaliser face à une personne focalisée sur des pensées négatives. De plus, il se doit de veiller à la sécurité du patient et au bon déroulement du soin. Il engage à chaque rendez-vous sa responsabilité en tant que praticien de santé. L'accumulation de ce stress emmagasiné au cours de la journée, puis des suivantes, finit par épuiser le professionnel qui ne peut plus, à un moment donné, prendre sur lui et écouter autrui.

Le syndrome comporte trois dimensions : l'épuisement émotionnel (diminution des ressources, manque d'entrain), la dépersonnalisation (attitude négative vers les patients et les proches, cynisme) et la réduction de l'accomplissement personnel (perte de l'estime de soi, dévalorisation). Une transe négative de plus en plus intense s'installe insidieusement et devient permanente (Viot, 2010 ; Viot et Bernard, 2010).

L'auto-hypnose va permettre au dentiste d'apprendre à gérer le stress professionnel, les imprévus du cabinet, et également d'apaiser ses émotions issues de la vie privée. Il va activer ses ressources internes pour faire face aux situations difficiles et les solutionner calmement, en restant en phase avec lui-même. En effet, un soignant ne peut exercer convenablement et en toute sécurité, que s'il est en harmonie avec lui-même, calme et serein. Il ne doit pas transmettre son stress et sa mauvaise humeur aux patients ou à l'équipe soignante.

En s'auto-induisant une transe positive pour apaiser son mental, le praticien se débarrasse de toutes les tensions accumulées et de toutes les pensées négatives qui l'assaillent. En prenant le temps de réaliser une séance d'auto-hypnose au moins une fois par jour, les micro-traumatismes créés et la fatigue sont guéris. Il se construit une bulle. Les douleurs physiques dues à l'activité, les symptômes

comme les migraines, l'hyperventilation ou l'insomnie, sont apaisés. L'objectif ne se limite pas à l'exercice professionnel, mais s'étend à la vie quotidienne et au bien-être général du dentiste. Il soignera d'autant mieux par la suite, profitant pleinement des phases de repos hors du travail. L'équilibre entre la veille et la récupération sera rétabli, grâce aux techniques simples qu'offre l'auto-hypnose. (Viot, 2010 ; Viot, 2013 ; Benhaïem, 2005 ; Chanine *et al.*, 2006).

Différentes études, notamment celle menée par Hammond en 2010 aux Etats-Unis, ont démontré que l'auto-hypnose est un outil complémentaire très intéressant à l'hypnose formelle. Elle est bénéfique aussi bien pour le praticien qui pourra mieux gérer le patient et ses propres émotions, que pour ce dernier qui prolongera le travail hypnotique hors du corps médical. Les résultats obtenus, notamment sur l'anxiété et le stress, sont très positifs. La prise en charge thérapeutique sera améliorée et simplifiée (Hammond, 2010).

VI - La communication thérapeutique : la base de toute réussite de soin :

Depuis toujours, le malade est étudié, analysé et est l'objet de tous les travaux scientifiques. Il est au centre, lui, sa maladie et ses symptômes, des recherches et des statistiques biologiques. L'être humain derrière le patient a été bien trop souvent oublié. Les progrès techniques dans le milieu médical ont amené à négliger l'aspect social et tout le pouvoir de la communication dans le processus de guérison. Peu à peu, et grâce à la découverte de récents outils tels que l'hypnose, l'homme redevient le centre d'attention. Il est de nouveau considéré comme une personne avec son vécu, ses émotions, et non plus seulement comme un syndrome ou un cas clinique à soigner. Les médecins se sont progressivement ouverts aux prises en charges centrées sur le patient, qui permettent une discussion avec celui-ci mais également avec son entourage. Un lien s'établit, exigeant une bonne compréhension par le thérapeute de données techniques et surtout humaines. Les qualités de bon communicant ne sont pas innées chez tout le monde. Un apprentissage est, dans la majorité des cas, nécessaire (Bernard et Musellec, 2013 ; Benhaïem, 2005).

« *Communiquer* » signifie recevoir des informations et en envoyer. Ce verbe possède d'autres nuances : informer, éduquer, responsabiliser et, dans le cadre médical, soigner. Un échange permanent de données est créé entre les deux protagonistes, chacune répondant aux précédentes. Le message se construit sur celui d'avant et oriente vers le suivant. Les signaux envoyés sont plus ou moins complexes et plus ou moins volontaires.

Le psychologue américain Carl Rogers retient trois dimensions importantes de toute communication. Premièrement, la capacité d'observation, d'empathie et de compréhension des sentiments et émotions d'autrui. Deuxièmement, la congruence et l'authenticité des différents langages utilisés. Dernièrement, la considération positive du praticien pour son patient (Virot et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013).

Erickson a profondément renouvelé le regard porté sur la communication, notamment au niveau de la phase d'induction et des suggestions. Il a mis en place des procédés de communication diminuant l'opposition du sujet à l'hypnothérapeute. L'objectif est de rechercher un mode de communication adapté à chacun dans sa forme et son contenu. Le patient est motivé afin qu'il adhère volontairement au projet de soin. L'emploi de diverses techniques (confusion, surprise...) diminuent les résistances et favorisent le lâcher-prise. Il a proclamé un rééquilibrage dans la relation soignant-soigné en abandonnant la position magique et supérieure du premier, en évitant tout autoritarisme (suggestions non impératives et formules permissives) et en encourageant le patient à oser aller puiser dans ses ressources internes et dépasser ses blocages initiaux (Michaux *et al.*, 2007).

6.1. L'alliance thérapeutique :

La communication constitue le socle de l'hypnose. La réussite d'une thérapie ne dépend pas de la durée des séances ou des soins, mais de la qualité de la relation établie entre le patient et le praticien. Elle repose sur le niveau de confiance qu'accorde le patient au thérapeute. Un lien fort est créé, par lequel véhiculent des informations, des émotions personnelles et des sensations plus ou moins fortes. On parle d' « *alliance thérapeutique* », terme évoquant la protection mutuelle que se doivent les deux sujets dans la réalisation de leur objectif commun. Cette relation est particulière. Elle nécessite une réelle attention et une écoute sincère du praticien afin que son patient se sente en confiance et en sécurité. Puisque chaque personne est unique, la communication ne doit pas être banalisée et identique, même si le praticien soigne beaucoup de monde dans sa journée de travail. Cela nécessite une réelle motivation et implication de celui-ci. Il ne s'agit pas seulement de parler, mais au contraire, de comprendre et de ressentir les émotions d'autrui. Les informations transmises doivent être claires et le dialogue ouvert à toutes questions. Le sujet conserve ainsi sa liberté et participe activement au projet de soins visant à le guérir (Virot, 2002 ; Virot, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Virot et Bernard, 2010 ; Michaux *et al.*, 2007).

La communication hypnotique nécessite l'apprentissage d'une nouvelle forme de langage basée sur les ressentis du patient. Elle repose sur les gestes, les mots, sur toutes les informations qu'il transmet volontairement ou non. S'il est compris que la relation thérapeutique est primordiale, le praticien peut tout de même mal communiquer : mal observer, mal écouter, mal s'exprimer... Le but est d'utiliser les messages adéquats au bon moment et spécifiquement selon chacun. Les effets des paroles échangées doivent être connus pour assurer leur bonne traduction et maintenir le sujet en

transe positive dans une position de confort. En effet, comme la grande majorité des patients qui consultent sont en transe négative, la communication doit être vigilante, leurs capacités d'analyse étant réduites par leurs pensées néfastes (peur, anxiété...). Une personne angoissée ou douloureuse n'entendra que partiellement les informations qu'elle reçoit puisqu'elle est submergée par un climat psychologique négatif (Virot, 2002 ; Virot, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Virot et Bernard, 2010 ; Michaux *et al.*, 2007).

Cette notion d'alliance fait également écho à l'activation des ressources du patient, idée difficile à comprendre pour certains. En effet, auparavant la potentialisation des ressources était plutôt destinée aux soignants pour garantir de meilleurs soins, en cherchant à être le plus réactif et le plus compétent possible. Aujourd'hui on tente de créer des échanges interactifs qui encouragent le patient et le motivent à s'impliquer entièrement dans son plan de traitement. Ses ressources physiques sont bien entendu utilisées, mais l'activation des capacités psychiques est également recherchée. Un lien semble exister entre le corps et l'esprit, deux entités indissociables pour une bonne guérison. La position relationnelle joue également un rôle important. Il en existe trois types. Le premier est la position haute, où le praticien est en situation de supériorité et dans laquelle le patient est dominé, comme

ignorant. Il n'y a alors aucune discussion, les informations étant transmises sans échange. Ce modèle est utile, par exemple, dans les urgences vitales, où une autorité doit prendre des décisions. Le second type est la position basse. Elle correspond à l'obéissance entière d'une personne vers autrui et à l'adhésion d'une idée sans vraiment la comprendre. C'est la position classique qu'adopte spontanément le patient face au corps médical. Les informations semblent être comprises par le sujet qui acquiesce par bienséance. Le thérapeute doit alors déceler cette soumission, véritable obstacle à la réussite du soin. Le dernier type est la position complémentaire ou intermédiaire. Les protagonistes échangent des données et chacun apprend de l'autre, adoptant tour à tour une position basse pour écouter, ou haute pour donner son avis. Chaque personne apporte son savoir, ses expériences, ses émotions et son univers qu'elle décide de partager. Leurs propres ressources sont mises en commun pour mieux atteindre l'objectif commun souhaité et ouvrir le champ des possibilités. Cette situation est le plus souvent possible recherchée par le thérapeute. L'évolution culturelle tolère de moins en moins l'autoritarisme et favorise le dialogue entre soignant et soigné. (Virot et Bernard, 2010 ; Michaux *et al.*, 2007).

La première étape consiste à ouvrir la relation, toute communication ayant un début et une fin. Un simple « *Bonjour* » et si possible un contact, comme une poignée de mains, semblent des choses simples mais qui permettent un premier échange (visuel, kinesthésique, olfactif...). Ce petit moment privilégié, idéal pour recueillir des informations, permet au patient de se sentir accueilli et attendu. C'est tout d'abord en observant que le praticien captera des données qui enrichiront par la suite la

relation : le niveau social, l'attitude du patient (replié, tendu, agité...), l'âge approximatif ou encore l'origine socio-culturelle. La seconde étape est l'interrogatoire classique médical, ou anamnèse, préalable à tout soin dentaire (motif de consultation, antécédents, allergies...). Le praticien en profite pour recueillir d'autres informations comme le contexte de vie du patient, son environnement familial et professionnel, ses loisirs... Son mode de fonctionnement cognitif et affectif peut être ainsi décelé et permet de mieux prévoir son comportement futur face aux soins dentaires (grande sensibilité, patient confiant et avenant ou au contraire hyperactif et fuyant...). Ses capacités d'attention, d'imagination, de concentration sont évaluées, tout comme son humeur, son émotivité et ses capacités intellectuelles. Le praticien pourra par la suite adapter ses paroles pour faciliter les soins et permettre au patient de se sentir le mieux possible. Il possède dès lors un portrait général qu'il va compléter par son vécu, chaque personne ayant sa propre histoire et un passé qui influencent consciemment ou non ses actes et ses émotions.

L'origine socio-culturelle est utile pour appréhender sa représentation du dentiste qui peut être différente de notre vision européenne. Les paroles seront soigneusement choisies pour permettre leur compréhension dans le cas d'un patient ne parlant pas très bien le français. Cette différence culturelle sert également pour le questionner et recueillir des souvenirs ou particularités qui enrichiront la séance d'hypnose. La personnalité du patient s'exprime aussi par son goût pour certains loisirs. Il est intéressant de connaître ses centres d'intérêt pour ensuite nourrir l'induction hypnotique et les suggestions. Le patient sera amené dans un lieu, revivra un souvenir ou ressentira une émotion qui lui permettra d'être bien et en sécurité. Ce recueil est donc important pour la suite des soins, tout comme les croyances, les attentes, les craintes et espoirs du sujet. La religion peut être également utile, notamment

vis-à-vis de la gestion de la douleur ou du sexe du praticien (un dentiste homme pour une patiente, refus des anesthésies...).

La vision de l'hypnose par le patient est intéressante, puisque l'hypnosuggestibilité dépend de la motivation et de l'adhésion aux processus hypnotiques par celui-ci. Si le praticien le sent réfractaire à ces techniques, il saura qu'il lui faudra plus de temps et de moyens pour amener le patient à découvrir l'hypnose et à le convaincre, s'il le souhaite bien entendu. Il est nécessaire d'expliquer clairement au cours de cet entretien le déroulement du processus hypnotique et en quoi il consiste réellement. Des questions peuvent être posées au patient pour le faire participer et le corriger si besoin, ou au contraire le féliciter pour ses bonnes réponses (Virot et Bernard, 2010 ; Lecoursonnois, 2006 ; Bernard et Musellec, 2013).

Tout au long de cet interrogatoire, le thérapeute doit prendre le temps d'écouter attentivement son patient, la communication verbale transmettant 30% de l'information des messages. Une écoute de qualité favorisera par la suite la prise en charge. Il en existe deux sortes. L'écoute passive montre que l'on s'intéresse aux paroles d'une personne en montrant des marques d'attention comportementales (acquiescements, hochements de tête, regard concentré...). L'écoute active, elle, s'assure de la compréhension du message envoyé par des questions ouvertes, demandant une réponse autre que

« *oui* » ou « *non* ». Le praticien doit associer ces deux types, montrant ainsi au patient sa compréhension et la qualité de son écoute. Le Dr Bourassa conseille la position face à face le plus souvent possible, pour favoriser l'attitude d'écoute. Il préconise également d'enlever le masque, les gants et les lunettes de protection pour parler hors du soin, afin d'avoir un meilleur contact interpersonnel. Après ce recueil d'informations et suite à l'examen bucco-dentaire, ils peuvent établir ensemble le contrat thérapeutique stipulant le plan de traitement, le nombre de séances, l'objectif à atteindre et les moyens d'y parvenir... Par exemple, pour un sujet très anxieux, il sera judicieux d'effectuer les soins sur plus de temps et d'associer une thérapie hypnotique. Des exercices de relaxation ou encore des entraînements à l'auto-hypnose pourront être prescrits (Lecoursonnois, 2006).

6.2. Les différents langages :

Dès les premières secondes d'une rencontre, la composante émotionnelle du cerveau évalue l'autre grâce à nos cinq sens. Elle décrypte en quelques millisecondes les mouvements infimes de la gestuelle pour juger et avoir un avis général. Plusieurs langages entrent en jeu pour recevoir ou envoyer un message, et s'associent afin d'établir une relation. La communication ne se limite pas aux paroles, mais au contraire, se construit également sur les gestes et la manière de s'exprimer. Ainsi, parfois, il n'est nullement nécessaire de prononcer des mots pour que deux personnes se comprennent. Il existe trois types de langage : le non verbal, le para-verbal et, le plus connu, le verbal. C'est la règle des « *trois V* ». (Virot et Bernard, 2010 ; Michaux et *al.*, 2007 ; Bernard et Musellec, 2013).

Il est possible d'imager la part qu'occupe chacun de ces langages, en créant une roue de la communication. La figure 13 ci-après, extraite du livre de Bernard et Musellec paru en 2013, les répartie au sein d'un graphique sphérique.

Fig. 13 : La roue de la communication (Bernard, et Musellec, 2013).

6.2.1. Le langage non verbal :

Dans la roue de la communication, il est majoritaire puisqu'il en représente 55%. C'est le premier moyen qui est utilisé pour communiquer dans la vie et qui s'exprime le plus souvent de manière involontaire et inconsciente. Il est permanent au quotidien et correspond aux comportements associés au langage verbal : la posture, les gestes, les mimiques, les stokes (petits mouvements involontaires), l'habillement, l'attitude générale, les odeurs, les regards ou encore la proxémie (notion de « bulle personnelle de sécurité » plus ou moins importante selon chacun). La communication non-verbale transmet des messages beaucoup plus subtils que la communication verbale. Elle est bien souvent plus explicite qu'un discours. En effet, dans une phrase, il a été mis en évidence que 93% des mots entendus sont perdus ! Le langage non-verbal renvoie à l'inconscient et au fonctionnement émotionnel. Il est difficile à contrôler dans un échange, même silencieux ou immobile. Pour permettre une communication thérapeutique de qualité, le praticien doit développer sa capacité d'observation et travailler lui-même sur son propre langage corporel. Par exemple, s'il demeure silencieux face à un patient, ce dernier pourra se dire qu'il est de mauvaise humeur ou qu'il ne s'intéresse pas à ses paroles. Cette interprétation faussée par les émotions ne peut favoriser un climat de confiance. L'impossibilité de supprimer ce type de langage démontre que « l'on ne peut pas ne pas communiquer », et qu'il est donc important de savoir gérer les messages comportementaux envoyés (Virot et Bernard, 2010 ; Lecoursonnois, 2006 ; Michaux et *al.*, 2007 ; Bernard et Musellec, 2013).

Le langage non-verbal joue également un rôle de « *méta-communication* », c'est-à-dire qu'il précise comment un message doit être compris. Il renforce les paroles et le langage para-verbal en les mettant en perspective, et trahit ainsi des paroles erronées ou, au contraire, atténué ou invalide une information anxiogène. Par exemple, un patient demande à son dentiste si l'intervention qu'il va subir pour extraire ses dents de sagesse va durer longtemps. Le dentiste lui répond que non, cela ne lui prendra que deux minutes. S'il lui sourit ou accompagne ses mots d'un contact physique (poser la main sur celle du sujet ou sur son épaule), le patient comprendra qu'il s'agit d'une plaisanterie mais il sera rassuré que le rendez-vous soit assez court. Une complicité se crée entre les deux protagonistes grâce au langage du corps. En revanche, si le ton de la réponse est sérieux, il

s'inquiétera par la suite du peu de temps qui lui sera consacré et de la rapidité du soin. Une confusion s'installera dans son esprit (Virot et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013).

Les soignants ont, naturellement pour la majorité, un langage non-verbal riche et rassurant, puisqu'ils travaillent dans un domaine où écouter l'autre est primordial. Ils savent générer un climat de confiance apaisant. Néanmoins, ces compétences ont leurs limites, notamment lorsque le professionnel de santé est fatigué, stressé, distrait, ou qu'il doit gérer des situations difficiles. Dans ces moments là, le corps trahit un état perturbé en émettant des signaux de colère, d'agacement, de désintérêt ou de stress (soupirs, sourire effacé, mouvements d'impatience, silence...). Bien communiquer, c'est savoir moduler les messages envoyés, ce qui nécessite de l'expérience et des compétences qui vont compléter les capacités innées. De plus, il est très utile pour le praticien de moduler son langage non-verbal en fonction de son discours, d'autant plus si celui-ci est complexe et technique. En effet, le patient se raccroche aux expressions et aux gestes qui accompagnent et expliquent les informations envoyées. Il détecte alors l'éventuelle gravité de ses symptômes ou le manque d'empathie du thérapeute, et fait abstraction des paroles médicales. Le langage verbal et le non-verbal doivent être congruents pour mettre le patient en confiance (Virot et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013).

Dans la vie quotidienne, l'aspect joue un rôle important et le langage corporel s'exprime alors de manière volontaire et consciente : le port de piercing, les vêtements portés et leur raffinement, la coiffure, le parfum... Tous ces éléments positionnent chacun dans leurs relations. Par exemple, il est mal perçu d'arriver en entretien d'embauche en jean et baskets, alors qu'au final, la tenue ne présage en rien des compétences dans le travail ! Le sujet pourra influencer son image en adoptant des vêtements dits convenables, et ainsi envoyer des informations contrôlées et désirées. Il existe également des éléments du langage non-verbal qui sont repérables mais non contrôlables. La tentative de les diminuer conduit souvent à leur majoration : les rires ou pleurs, les sueurs, le hoquet, les tremblements... Une dernière composante du langage non-verbal est inconsciente et involontaire.

Elle traduit l'état émotionnel. Elle est constituée d'une infinité d'expressions personnelles incontrôlables comme les expressions du visage, les mimiques ou les mouvements des mains et des pieds qui trahissent les pensées et le discours énoncé. Des thérapies par l'hypnose, l'auto-hypnose ou la méditation sont judicieuses pour apprendre à gérer ces manifestations d'émotions (nervosité, anxiété...). Il ne s'agit pas de savoir contrôler nos gestes, mais de s'installer dans un état émotionnel positif qui modulera de lui même notre langage non-verbal. Dans cet esprit positif, la gestuelle va se renforcer de messages de sécurité, de respect et de confort qui soulageront la personne en face. Ces gestes resteront inconscients pour le cerveau. C'est le corps qui travaille. La transmission d'un état positif est une compétence non négligeable à acquérir pour le praticien, afin d'amener son patient en transe positive. Lors d'une séance d'hypnose, le corps s'exprime beaucoup plus facilement qu'en conscience critique. Chacun des gestes ou expressions du patient doivent être recueillis et compris par le thérapeute pour ajuster ses paroles et/ou ses gestes. (Virot et Bernard, 2010 ; Virot, 2013 ; Virot, 2002 ; Bernard et Musellec, 2013).

L'observation du langage non-verbal du patient permet de savoir de suite s'il est ouvert ou fermé aux soins et à la discussion, s'il est dans une attitude de méfiance ou de confiance, s'il est calme ou agité... Parmi tous les mouvements réalisés, les strokes ont une importance particulière car ils accusent de la réception d'un message. Par un hochement de tête le patient dira « *oui* » pour adhérer aux paroles ou, au contraire, « *non* » pour les récuser, mais dans tous les cas, le message aura été entendu. L'absence de ces strokes laisse supposer que l'information n'a pas été réceptionnée ou encore que le sujet est en transe, le plus souvent négative. Son esprit est alors focalisé sur d'autres informations que celles qui lui sont transmises. L'immobilité relationnelle qui s'installe n'est pas propice à une communication de qualité. Le thérapeute doit repérer cette absence d'échanges avec son patient. A l'inverse, le sourire est un signe d'une réponse empathique et attentive. Son impact est renforcé par d'autres composantes du langage non-verbal (l'attitude générale, le toucher...) et également par le ton de la voix. Le sourire implique deux muscles principaux : le grand zygomatique et l'orbiculaire de l'oeil. Lors d'un sourire forcé, le second est mobilisé difficilement, permettant de distinguer un faux sourire d'un vrai. Bien entendu, ces observations concernent également le patient qui analyse le dentiste et tente de comprendre son état d'esprit (Virot et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2031).

La congruence du regard avec les pensées est un véritable indice pour évaluer la cohérence d'un propos. Pour le dentiste, il peut être chaleureux et réconfortant pour accompagner un geste inconfortable ou, au contraire, plus dur pour marquer une désapprobation. Par exemple, s'il souhaite un bon rétablissement à son patient à la suite d'extractions, sans lui accorder un regard, ses paroles seront discordantes avec son regard et son langage non-verbal. Il s'ensuivra une anxiété et un manque

de confiance de la part du sujet. La taille des pupilles peut renseigner sur le niveau de stress d'un patient (elles seront plus dilatées), néanmoins, cette observation est délicate et dépend aussi de la luminosité ambiante. En revanche, le mouvement des sourcils et des muscles orbiculaires donnent un sens au regard (Lecoursonnois, 2006 ; Bernard et Musellec, 2013).

Il y a également des éléments qui font intervenir le praticien et le patient simultanément, comme les deux partenaires de la relation. Dans notre culture, un premier contact s'établit en général par une poignée de mains face à quelqu'un que l'on connaît peu ou pas du tout. Ce geste simple ouvre la séquence relationnelle et transmet beaucoup d'informations : un contact ferme est plutôt synonyme de force et de confiance, tandis qu'un geste plus mou est plus souvent le signe de fatigue ou de doute. De même, un bras tendu le plus possible traduit une volonté de distance, ou encore, un geste trop rapide est assimilé à de la défiance ou de l'agacement. Néanmoins, ces messages, parfois ambigus, restent de l'ordre de l'interprétation d'un côté comme de l'autre et nécessitent une observation plus approfondie. C'est la conjonction avec le langage verbal et para-verbal qui vient donner le sens réel du geste. Il peut être intéressant de comparer la poignée de mains du patient au début des soins et celle de fin

de traitement. Si elle diffère (molle et distante au début, puis ferme et plus proche au final), elle image la qualité de la relation établie (Viot et Bernard, 2010 ; Viot, 2013 ; Viot, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013).

L'observation de la posture de l'individu permet d'apprendre beaucoup de choses en peu de temps. Des jambes croisées peuvent être un signe de protection ou de méfiance, un corps tendu manifestera de l'anxiété ou encore une tête penchée montrera une écoute attentive. La position de chaque protagoniste va définir la relation. Si le contact est déséquilibré (par exemple, patient tendu, refermé sur lui-même et praticien trop envahissant ou autoritaire), il sera nécessaire de modifier le langage non-verbal pour une communication plus équitable. La proxémie est une notion intéressante qui correspond à la distance relationnelle physique de sécurité ou de confort entre deux personnes selon leur degré d'intimité. Elle est une composante majeure de ce type de langage et varie selon la personnalité de chacun, le contexte ou encore le vécu. Un sujet introverti aura besoin de plus de distance, tandis que d'autres préféreront la proximité. Des personnes partageant le même besoin seront plus à l'aise ensemble, car elles n'auront pas la sensation d'intrusion ou au contraire de séparation. La proxémie est différente selon l'origine socio-culturelle. Dans les pays maghrébins, elle y est très réduite et, en Afrique du Sud, elle y est si minime que les contacts physiques sont très courants et considérés comme normaux. A l'opposé, les pays d'Europe du Nord, d'Amérique du Nord ou encore d'Extrême Orient, maintiennent une distance plus importante dans leurs relations. Ces nuances nécessitent d'être connues pour le personnel soignant afin de s'adapter à chacun sans commettre d'impair. Dans les pays latin comme la France, les distances sont assez courtes (Viot et Bernard, 2010 ; Viot, 2013 ; Viot, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013).

La figure 14, extraite du livre de Viot et Bernard paru en 2010, illustre la proxémie selon le contexte, en différenciant l'espace public (bleu clair), l'espace social (orange) et l'espace personnel (jaune et rouge).

Fig. 14 : La proxémie (Viot et Bernard, 2010).

Pour les pays latins, le rond bleu au centre illustre le sujet, son « Moi » profond. Le rond rouge définit la distance intime qui varie de 15 cm à 45 cm. Le cercle jaune image la distance personnelle avec les amis, entre 45 cm et 1,2 m. Le troisième rond en orange, correspond à la distance sociale pour les connaissances, située entre 1,2 m et 3,6 m. Au-delà, en bleu clair, c'est l'espace public. Chaque cercle définit un territoire interdit à l'autre. Lorsque la proxémie d'autrui n'est pas respectée, le sujet va avoir un réflexe protecteur en se refermant sur lui-même et en adoptant un mode de conscience hypnotique (immobilité du regard et impression de rigidité que l'on retrouve notamment dans les transports en commun). Dans le cadre médical où les distances sont souvent faibles (intrusion en bouche, contacts obligatoires, manque de pudeur...), nombre de patients ne se sentent pas à l'aise. Il est donc important d'optimiser la communication en ralentissant par exemple les séquences de soins, et en optimisant au maximum le langage non-verbal (gestes, sourire, posture...). Une désensibilisation peut s'opérer par des contacts physiques progressifs en se dirigeant doucement vers le fauteuil (main sur l'épaule, dans le dos pour indiquer la

direction...). Lors d'une séance d'hypnose, le contact aide à l'entrée en transe et permet de rassurer le patient si besoin. Le meilleur compromis entre proximité et distance doit être trouvé pour communiquer efficacement et sans gêne. Les deux protagonistes peuvent en discuter et établir un signaling convenant à chacun. En consultation, le bureau impose une distance qui sera perçue comme bonne ou mauvaise selon le sujet. Le thérapeute s'adapte alors en changeant sa position et détermine la bonne distance pour établir le contact. Le bon moyen est de se positionner du même côté du patient qui pourra ainsi, et de lui-même, choisir la distance qui lui convient. En général, une relation de qualité s'installe plus vite si le praticien est assez proche, comme pour rassurer et marquer son intention d'écoute (Lecoursonnois, 2006 ; Virot, 2002 ; Virot et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013).

Le Dr Pattinson a montré en 1973 que le patient trouve son médecin plus chaleureux et lui accorde plus facilement sa confiance s'il établit un léger contact physique avec lui. En 1979, Witcher et Fisher ont prouvé que le stress est diminué par une simple pression du bras de la part du chirurgien avant une opération. En résumé, pour qu'un contact soit positif, le soignant doit adopter une position légèrement penchée vers l'avant et dirigée vers le patient, tout en coordonnant son langage non-verbal avec le para-verbal et le verbal. Son attitude doit être ouverte pour montrer son empathie, accompagnée de gestes calmes et assurés, tout en respectant la « bulle personnelle » de son interlocuteur (Bernard et Musellec, 2013).

6.2.2. Le langage para-verbal :

Dans la roue de la communication, il représente 38% et est donc le deuxième langage le plus important dans une relation. Il correspond à la façon de parler, au timbre de la voix, à son rythme, ainsi qu'à l'utilisation de silences. Chaque individu peut moduler sa voix consciemment pour expliquer un message, ou inconsciemment dans un contexte particulier (stress, imprévu, mensonge...). La voix comprend des caractéristiques instantanées et d'autres, dites dynamiques. Les premières comprennent le volume (de faible à fort), la hauteur (d'aiguë à grave), le timbre (clair, moyen ou rauque) et l'intonation (neutre ou expressive). Les secondes regroupent le débit (de lent à rapide) et le rythme (constant ou varié) (Bernard et Musellec, 2013).

Le timbre de la voix joue un rôle important dans un discours. Grâce à lui, le patient va chercher à savoir si, ce dont il souffre, est pathologique ou bénin. En effet, plus il sera grave et moyen, et plus il sera rassurant. En revanche s'il est rauque, il dévoilera plutôt une angoisse enfouie. La pratique de l'hypnose permet de maîtriser un timbre bas, réconfortant, également utilisé par les conteurs d'histoires. Il transmettrait davantage d'émotions qu'une voix haute et aiguë, s'adressant plutôt à la conscience critique. La tonalité de la voix fait appel au domaine émotionnel, ce qui explique que les émotions passent rarement inaperçues, et trahissent une sensation, une émotivité. Par exemple, la peur ou encore la nervosité s'expriment par une voix tremblante, parfois plus aiguë que d'ordinaire. La colère, elle, se traduit par une voix forte avec un timbre dur et marqué. Masquer les émotions en modulant la voix est bien entendu possible, mais le langage non-verbal (tonus musculaire, gestes agités, froncements de sourcils...) ne pourra les cacher (Lecoursonnois, 2006 ; Virot et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Virot, 2013 ; Virot, 2010 ; Michaux *et al.*, 2007).

Le rythme employé reflète aussi le ressenti et les pensées d'une personne. Rapide, il révélera de la peur ou de l'anxiété, et chez le soignant, il sera interprété comme un défaut d'écoute. Un phrasé lent et calme est préférable pour tout professionnel de santé, par le pouvoir apaisant et le sentiment de sécurité qu'il induit. Ce ralentissement de la voix fait référence à la lenteur du monde imaginaire. Il permet au praticien de choisir soigneusement ces mots lors d'une séance d'hypnose. L'apprentissage nécessaire pour le maîtriser est facilement acquis lors de stages de formation et essentiellement par la pratique quotidienne au cabinet (Lecoursonnois, 2006 ; Virot et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Virot, 2013).

La modulation de la voix est intéressante pour orienter le patient vers sa réalité intérieure et ses émotions. Lors de la phase d'induction hypnotique, le thérapeute abaissera sa voix pour renforcer la transe, puis en fin de séance, il utilisera une voix plus aiguë pour le retour en conscience critique. La puissance employée à ce moment là est importante, car elle permet au sujet de sortir plus ou moins facilement de l'état de transe dans lequel il se sent tellement bien, qu'il lui est difficile de s'y soustraire. Nombre de patients expliquent que, lors de l'hypnose, ils ne comprenaient plus ce que disait le praticien mais entendaient simplement sa voix. Erickson les accompagnait d'ailleurs bien souvent en leur disant « *Ma voix vous accompagne* ». Si en cours de soin, le dentiste doit s'adresser à un tiers, il le fera simplement avec sa voix ordinaire, et ceci ne gênera nullement le patient en transe. En effet, lors de celle-ci, il ne captera plus que les informations transmises sur la fréquence vocale basse de l'induction. De même, au quotidien lorsqu'il y a beaucoup de monde, il est également possible de capter une voix sur laquelle on se focalise, faisant alors complètement abstraction du bruit alentour (Virot et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Virot, 2013).

Les silences sont aussi très significatifs et peuvent durer quelques secondes ou plusieurs minutes selon l'effet recherché. Leur respect laisse au patient le temps de verbaliser une émotion, une sensation, sans qu'il se sente pressé ou mal compris. Lors de ces pauses, l'imaginaire s'active. Les discours ininterrompus, eux, correspondent plutôt à la conscience critique, dans laquelle ces pauses sont synonymes de « trous » ou de déstabilisation. Le

praticien doit les utiliser pour analyser le langage non-verbal du soigné et comprendre ses pensées. Ils interviennent généralement spontanément et inconsciemment. Ils peuvent avoir de nombreuses significations : une opposition avec la pathologie ou le praticien, une volonté de réflexion ou encore l'expression d'une émotion empêchant le dialogue. Le soignant, quant à lui, peut en ponctuer son discours pour laisser un temps de réflexion et observer les réactions de son interlocuteur. Un silence suivant une question montre une hésitation ou prépare à une annonce délicate. Par exemple, un patient demande s'il va avoir mal suite à son traitement radiculaire. Si le praticien lui répond de suite « *Non, sans aucun problème !* », l'affirmation est renforcée et le patient est soulagé. Il ne s'attendra pas à ressentir éventuellement une gêne au niveau de

la dent traitée, et en sera alors surpris et inquiet. En revanche, si un silence devance la réponse « *Pas forcément, mais il est fréquent de ressentir une petite douleur 24 heures après le rendez-vous* », il sera préparé si une sensation désagréable survient, et l'acceptera plus facilement. Il aura le sentiment d'avoir été prévenu. Lors de l'induction hypnotique les silences favorisent l'entrée en transe positive en laissant le temps nécessaire au patient d'imager l'information reçue. Ils amplifient la communication par la lenteur qu'ils imposent et favorisent la déconnection avec la réalité extérieure. Lors d'un soin facile et lors d'une transe agréable où le patient se sent bien (à la plage, avec des amis...), les pauses lui permettent de profiter pleinement de ce moment. A l'inverse, si une étape difficile à surmonter survient pendant la séance, le thérapeute l'apaisera avec sa voix et n'utilisera pas de silence afin que ce dernier se sente complètement accompagné et en sécurité (Virot et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013).

Au cours de ses soins et lors de ses explications, le thérapeute orientera sa voix vers son interlocuteur, et ceci même pendant la transe. En effet, le système auditif est très sensible et détecte d'où provient un bruit ou un son. Ainsi, si le praticien s'exprime sans regarder et donc sans orienter sa voix, le patient l'interprétera comme un manque d'engagement de sa part dans son traitement (Virot et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013).

Un dernier élément intervient dans le langage para-verbal. C'est le « *saupoudrage* ». Il illustre le fait d'appuyer les mots importants d'un discours en les énonçant de manière plus marquée, et en les précédant d'une petite pause. L'attention est inconsciemment dirigée vers ceux-ci. Dans la communication thérapeutique, ce moyen s'utilise pour les mots à connotation positive : confortable, sécurité, calme, guérison, apaisement... Prononcés épisodiquement et séparément, leur impact reste plus faible. En revanche, s'il sont énoncés conjointement et de manière répétitive, ils colorent et enrichissent l'échange tout en favorisant le passage en transe positive. Cet outil, indirect mais toutefois puissant, est peu remarqué par le sujet qui ressent simplement que la relation est agréable et réconfortante (Virot et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Virot, 2013).

6.2.3. Le langage verbal :

Contrairement aux idées reçues, ce type de langage est minoritaire dans la roue de la communication car il en représente seulement 7%. Il correspond aux mots, aux expressions et aux types de formulation employés. Il est délicat à manier et peut faire basculer une relation par un simple mot mal choisi. L'observation du langage du patient est fondamental et nécessite de lui laisser le temps de s'exprimer une ou deux minutes en début de séance. Ensuite, le soignant l'interrogera par des questions ouvertes, ne restreignant pas la réponse à « oui » ou « non ». Ce moment est important

puisqu'il lui permet de recueillir des informations sur son état d'esprit. Le patient en profite pour expliquer ses préoccupations et ses attentes éventuelles avec ses propres mots et sans être influencé. Bien entendu, l'écoute du thérapeute doit être active pour un entretien de qualité. Il ne l'interrompt pas et l'encourage au contraire à poursuivre. Pour se faire, il utilise les différentes sortes de langage : le non-verbal (hochements de tête), le para-verbal (silence) ou le verbal (« oui...et... ? »). Ce temps d'observation évite de formuler des réponses inadéquates en se précipitant, et ainsi de commettre une erreur dès les premières minutes de la relation.

Comme tout professionnel de santé, le dentiste doit faire preuve d'empathie, notion se différenciant de l'altruisme, de la sympathie ou encore de la compassion. Elle repose sur la capacité à ressentir les émotions et sentiments d'autrui, à les comprendre et à y répondre. Néanmoins, il doit contrôler ses propres émotions pour ne pas aboutir à de la simple compassion, suivie d'un sentiment d'impuissance. L'écoute empathique revalorise le patient qui se sent compris et pris en charge. Au cours de cette anamnèse, les indices de communication verbale sont repérés afin que le praticien puisse s'y accorder en adoptant son langage, ses mots et ses expressions. Erickson disait « *Quand vous écoutez un patient, vous devez l'écouter en sachant qu'il parle une langue étrangère et vous ne devez pas essayer de le comprendre avec votre propre langage. Comprenez le patient dans son langage* ». Le praticien lui répondra en les réutilisant pour favoriser la compréhension des informations transmises, et en les imageant si besoin selon ses connaissances de sa pathologie.

Il importe également de connaître les « croyances de santé » du sujet pour les invalider si besoin (idée que le dentiste fait mal, arrache les dents...) et ainsi mieux prévoir sa réaction lors du soin. Ses mots et expressions repérés nourriront par la suite le discours du thérapeute lors de la séance hypnotique. Bien souvent, les soignants surestiment le savoir des patients dans le domaine médical et oublient que leur quotidien et leur vocabulaire ne sont pas habituels pour tout le monde. Se faire comprendre de manière accessible renforce la confiance et évite l'installation d'une barrière entre le praticien savant et le malade ignorant. Si le dentiste utilise le langage de son patient, celui-ci adhère plus facilement à la relation thérapeutique et au plan de traitement (Balken, 2004 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Lecoursonnois, 2006 ; Virost et Bernard, 2010 ; Michaux *et al.*, 2007).

Lors de toute communication thérapeutique, et encore davantage lors de l'hypnose, le thérapeute doit prendre en compte le mode de conscience du soigné. En effet, les messages transmis ne sont pas compris de la même manière en conscience critique et en transe, d'autant plus si cette dernière est négative. Le langage employé doit être rassurant pour renforcer le sentiment de sécurité et ainsi favoriser la dissociation. Lors de la transe, les paroles sont directement transformées en émotions ou en perceptions. Aucune traduction ou réflexion cognitive ne

s'opèrent, contrairement au mode en conscience critique où une analyse est toujours effectuée. Le choix des mots par le praticien est primordial car le patient en transe, même spontanée, est hypersuggestible et focalisé sur son discours. S'ils ne conviennent pas, ce dernier entendra et ressentira autre chose que ce que le thérapeute a voulu

lui transmettre. Le langage adopté doit être immédiatement compréhensible et éviter tout terme technique ou professionnel. Le niveau de langue adopté est celui d'un enfant de 10-12 ans, construit sur une syntaxe assez pauvre et réutilisant ses expressions. Les phrases se composent de mots simples qui rassurent et félicitent, en rapport avec le confort, la guérison ou encore la sécurité. Nombreux sont ceux évoquant le bien-être : « *calme* », « *confortable* », « *protégé* », « *confiance* », « *chaleur* », « *sourire* », « *agréable* », « *voyage* », « *détente* », « *stable* », « *énergie* », « *doux* », « *moelleux* », « *musique* », « *équilibre* », « *tonique* », « *vacances* »... A l'inverse, certains sont plutôt synonymes d'inconfort, de tension et d'insécurité : « *peur* », « *mal* », « *piqûre* », « *profond* », « *tomber* », « *froid* », « *enfoncer* », « *arracher* », « *douleur* », « *supporter* », « *bruit* », « *doute* », « *dur* », « *pointu* », « *tranchant* », « *blessé* », « *pistolet* », « *pince* »... La vigilance est de mise car ces noms quotidiens dans la pratique du dentiste peuvent avoir une toute autre signification, souvent inquiétante, pour le patient. Bien entendu, l'interprétation varie selon le contexte. Le mot « *pleurs* » peut être angoissant pour une maman dans un cabinet dentaire, alors que lors son l'accouchement, il sera rassurant et signe de vitalité du bébé (Virot, 2010 ; Virot, 2013 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Lecoursonnois, 2006 ; Virot et Bernard, 2010, Michaux *et al.*, 2007).

Les paroles énoncées doivent toujours être affirmatives et positives. Elles sont répétées plusieurs fois et simplement. Des expressions comme « *Rassurez-vous* », « *Vous avez la chance de...* », « *Ecoutez paisiblement et attentivement cette douce mélodie...* », sont utiles et génèrent un climat agréable et serein. Les affirmations permettent d'envoyer un message clair et précis qui sera bien compris. Ainsi, pour la bonne prise d'un traitement, il est plus pertinent de dire par exemple « *Prenez ce médicament une fois par semaine* » ou « *Prenez le avant le repas* » plutôt que « *Ne le prenez pas six jours sur sept* » ou encore « *Ne le prenez pas en mangeant* ». Instinctivement, toute personne sait qu'il est plus performant de dire ce qu'il faut faire à quelqu'un que l'inverse. Dans la vie quotidienne, c'est notamment le cas pour les enfants : s'il leur est interdit de regarder, de manger ou de dire quelque chose, dans la majorité des cas, ils le feront tout de suite, allant à l'inverse de toute recommandation. Il en est de même pour un adulte. Il suffit alors de reformuler simplement son attente en détournant l'attention. Si le dentiste, demande à son patient s'il a froid, ce dernier retiendra le mot « *froid* » et se focalisera là-dessus, pouvant même ressentir des frissons. Il paraît plus judicieux de demander s'il a suffisamment chaud, forme plus positive de la même question. De même, la formule « *Rassurez-vous* » est bien plus efficace que de dire « *N'ayez pas peur* », « *Restez tranquille* » au lieu de « *Ne bougez pas* », « *Ca va être court maintenant* » à la place de « *Ca ne va plus être long* ». Le questionnement est à employer avec prudence. Ainsi, demander « *Avez-vous des douleurs en ce moment ?* » oriente le patient vers la recherche d'un mal-être et induit une fixation sur celui-ci. Il est préférable de le diriger vers l'évaluation interne de son confort : « *Etes-vous confortable en ce moment ?* ». Reformuler son langage demande un réel travail d'analyse par le professionnel de santé de son propre lexique et de ses habitudes verbales (Virot et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Virot, 2013 ; Michaux *et al.*, 2007).

En mode hypnotique, le fonctionnement cérébral est modifié : l'imaginaire, où les négations n'existent pas, et le langage figuratif prédominant sur la réflexion. A l'inverse, en conscience critique, le cerveau rationnel les décode très bien et sait les interpréter. Un patient à qui le dentiste dira « *Vous n'aurez pas mal* », comprendra qu'il ne sentira rien et que tout ira bien. En revanche, en état de transe, il interprétera cette phrase en retenant seulement le mot « *mal* » ! Au quotidien, l'usage de négations est très fréquent et même si l'intention est bonne, les résultats obtenus chez un sujet en transe provoquent l'effet inverse de celui désiré. Le patient, n'étant plus protégé par sa conscience critique, devient hypersuggestible et ne peut effectuer la bonne traduction du message envoyé. Ce phénomène s'applique lors d'une transe hypnotique mais également lorsque le sujet est en transe négative, qu'il soit douloureux ou encore focalisé sur une angoisse. L'abandon des négations est donc utile pour toute personne et pour chaque soin (Virot et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Virot, 2013 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Virot, 2010 ; Virot, 2002).

Enfin, les formules permissives laissent le choix au patient et permettent au praticien de ne pas s'imposer, de ne pas être trop directif. Le flou léger ainsi créé implique davantage le sujet qui se sent libre et limite ses résistances. Les adverbes comme « *peut-être* », « *sans doute* », « *probablement* », « *vraisemblablement* » sont intéressants, tout comme les formules « *Si vous voulez* », « *Si cela vous convient* ». Le langage verbal nécessite une réelle attention de la part du praticien et un apprentissage qui lui sera également utile dans sa vie quotidienne. Le pouvoir des mots est grand et leur impact varie selon l'état d'esprit du sujet et le contexte (Bernard et Musellec, 2013).

6.2.4. Le langage digital et le langage analogique :

Les deux modes de fonctionnement de la conscience (critique et transe) se différencient par de nombreuses caractéristiques, notamment sur la manière de comprendre et de transmettre des messages. Il existe ainsi deux types de langages pour communiquer : le digital et l'analogique.

Le premier nécessite une connaissance du code pour être employé. Il s'utilise pour toutes les informations importantes et précises. La logique rationnelle de la conscience critique le décode et le comprend. En effet, sa capacité d'analyse, son orientation réelle dans le temps et ses facultés linguistiques développées le permettent.

Le langage analogique, lui, se construit sur des images ressemblant à l'information, facilitant et accélérant sa transmission. Il est plus facile d'accès et prédomine lors d'une transe. Il est quasiment universel et est plus souvent utilisé, notamment pour la signalisation routière, la publicité... Pour

approcher l'imaginaire, véhiculer une sensation ou une émotion, il est le langage de choix à adopter. Le patient se représentera son mal-être sur le mode analogique en l'imageant, le comparant à quelque chose (« *C'est comme une morsure* », « *C'est comme si un feu brûlait dans ma bouche* »).

Le langage digital est, par exemple, celui des chiffres arabes (1, 2, 3...). Il est difficile, seulement par l'observation, de comprendre que 2 est le double de 1. Les chiffres romains (I, II, III...), eux, fonctionnent sur le mode analogique. En effet, il est bien plus aisé de voir le lien immédiat entre II qui est le double de I ! De même, une horloge indique l'heure sur le mode digital tandis qu'un réveil avec des chiffres utilise le langage analogique. Parfois, les deux sont combinés, comme pour l'Echelle Visuelle Analogique (EVA), qui exprime la douleur par des visages, et l'Echelle Visuelle Numérique (EVN) par laquelle le patient la cote sur une échelle de 1 à 10. Les deux utilisées conjointement sont intéressantes pour une vision plus globale du mal-être du patient. L'EVA est particulièrement efficace avec les enfants ou encore les personnes souffrant de retard mental (Virost et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013 ; Virost, 2013).

6.3. Les canaux sensoriels : le « VAKOG »:

Pour communiquer avec le monde extérieur, observer, comprendre et échanger, les cinq sens sont tous mobilisés : la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat et le goût. Sans sensations, le monde serait fade et inimaginable. Chaque personne possède un mode de communication spécifique exploitant ses cinq canaux sensoriels. Ils sont communément appelés « VAKOG », signifiant Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif. Certains prédominent et sont le reflet de la personnalité. Ainsi, des sujets seront plus visuels (environ 75 %) en s'exprimant davantage par images, d'autres seront plus sensibles à la musique (environ 20%), au goût, à une odeur, ou encore certains favoriseront le contact et le mouvement (environ 5%). Les sens permettent de capter les informations, et ceci différemment selon les canaux employés. Le cerveau est capable de passer d'un sens à un autre avec une rapidité incroyable. Il reçoit séparément chaque donnée mais de manière si vive que la transmission semble simultanée. Ceci est d'autant plus vrai en conscience critique, tandis qu'en état de transe, le cerveau privilégie un canal sensoriel pour se fermer aux autres et se focaliser sur une sensation (Virost et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013).

L'observation du mode de fonctionnement sensoriel du patient est obligatoire pour comprendre ses pensées et ses attitudes, ainsi que pour la garantie de la bonne compréhension des messages transmis. Le praticien doit être attentif pour recueillir le maximum de signaux et ceci le plus précisément possible. Bien observer n'est pas si aisé, car cela nécessite pour le thérapeute de rester en conscience critique. En effet, lors d'une séance d'hypnose, il doit garder une partie de lui-même dans la réalité extérieure pour une analyse complète du sujet tout en assurant sa sécurité, tandis que la seconde moitié l'accompagnera pendant sa transe. Le repérage du canal sensoriel favori du patient interfère directement avec la manière de communiquer avec lui. En prêtant une attention active à ses différents langages (non-verbal, para-verbal et verbal), le canal est décelable et compréhensible. C'est un élément primordial pour l'acceptation de l'induction et des suggestions lors de la séance d'hypnose. Par sa détection et son

emploi, il renforce l'alliance thérapeutique entre soignant et soigné. Le thérapeute ressentira plus intimement les modifications infimes du patient (mots, expressions, posture...) (Lecoursonnois, 2006 ; Virot et Bernard, 2010).

Schématiquement, il existe différentes catégories d'individus ayant chacune ses propres caractéristiques selon le canal sensoriel préférentiel. Un sujet visuel par exemple, se tiendra droit en regardant en haut et devant lui s'il est interrogé, comme pour chercher dans ses souvenirs. Sa voix et sa respiration seront rapides. Il utilisera des expressions en rapport avec des images, des paysages et des verbes comme « voir », « apercevoir », « cela crève les yeux », « il paraît que », « une façon de voir est », « montrez-moi », « illuminer », « sombre », « vif », « voyez-vous », « voila », « voici »... L'auditif, lui, sera plus détendu et sa respiration sera plus calme avec une voix posée. Ses mots se référeront aux sons : « écoute », « musique », « chant », « entendre », « sourd », « écho », « dire », « résonner », « comme vous dîtes », « je l'ai entendu », « cela sonne faux », « être sur la même longueur d'onde », « orchestré d'une main de maître », « j'entends bien »... Le kinesthésique sera dans le mouvement, plus agité, le regard vers le bas, avec une respiration ample et une voix grave. Ses paroles évoqueront des sensations : « je sens », « la chaleur », « froid », « rebondi », « sentir », « contact », « avoir les pieds sur terre », « prendre à coeur », « du bon sens », « avoir du flair », « jolie à croquer »... L'olfactif énoncera des odeurs, des parfums d'enfance, tandis que le gustatif évoquera des saveurs aimées ou expérimentées (Virot et Bernard, 2010 ; Bernard et Musellec, 2013).

6.3.1. Les différents canaux :

Le canal visuel est celui par lequel les informations sont majoritairement reçues, consciemment ou non. L'oeil est l'organe repérant les messages proches mais également des signaux plus distants comme la lumière, les étoiles... Cette analyse constante de l'environnement par la vue permet de comprendre une situation, et de chercher une solution adaptée au contexte. Garder les yeux ouverts marque un état de vigilance, tandis que les fermer exprime un sentiment de sécurité. Un patient qui clôt les paupières lors de l'hypnose témoigne de sa confiance envers le thérapeute, car il renonce à ce canal essentiel pour contrôler ce qui l'entoure et pouvoir agir éventuellement en conséquence.

Les yeux et le regard apportent beaucoup d'éléments pour définir un peu mieux le patient : la direction du regard, la stabilité de la posture, le clignement des paupières pouvant révéler un stress... La communication thérapeutique passe tout d'abord par un échange visuel au cours duquel les deux personnes s'analysent mutuellement et de manière très rapide.

Le canal auditif appartient au domaine de l'écoute au sein duquel les messages verbaux et para-verbaux sont réceptionnés. La voix, le timbre, les mots expriment les pensées et les émotions. Une bonne écoute conjointe à un bon regard, est essentielle pour évaluer l'état physique, psychique et émotionnel du patient. Elle n'est pas si

facile et demande de respecter le temps de parole du sujet, en limitant les réponses trop rapides qui biaisent l'observation et faussent l'écoute. Le patient se sentira ainsi respecté et valorisé, tout en se libérant d'une surcharge d'émotions. Pour pratiquer l'hypnose, même conversationnelle, l'apprentissage d'une écoute de qualité est indispensable à la réussite des soins. Chaque élément envoyé volontairement ou non par le sujet peut ensuite être utilisé lors de la transe, personnalisant ainsi le discours du thérapeute, et le rendant facilement compréhensible.

Le canal kinesthésique correspond aux informations captées par tout le corps. Il est stimulé lors d'une poignée de main, lors d'un toucher thérapeutique, lors de l'évaluation de la température d'une pièce... Dans la relation hypnotique, le contact est nécessaire dans l'induction de la catalepsie, ainsi que pour le « *signaling* » si le signal choisi nécessite un contact. La notion de proxémie doit toutefois être respectée, pour ne pas violer la sphère privée du sujet, le rendant alors mal à l'aise.

Le canal olfactif informe sur ce qui est bon ou mauvais, sur ce qui est aimé ou pas. Il existe de nombreuses catégories d'odeurs apprises peu à peu, et d'autres, mémorisées, se référant à l'enfance ou encore à des souvenirs. Durant toute la vie, elles génèrent un sentiment agréable ou non, et de manière spécifique pour chacun. Le ressenti est immédiat et très puissant, bien plus que l'impact de ce qui est vu ou entendu. Lors du premier contact avec quelqu'un, l'odeur est immédiatement analysée. Elle active des émotions positives ou négatives, qui seront alors très difficiles d'ignorer ou de modifier. L'exemple typique est l'odeur du clou de girofle dans un cabinet dentaire. En pleine nature elle est quelconque, tandis qu'elle est assimilée à la peur et à la douleur chez le dentiste. Elle crée un réel mal-être pour certains patients dès qu'ils consultent. L'impact d'une odeur n'est pas à négliger et nécessite notamment au praticien d'évaluer celle du cabinet pour favoriser le bien-être de tous. Une odeur commune ou neutre sera préférée.

Le canal gustatif est le moins utilisé dans le milieu médical et intervient plutôt pour la prise de médicaments, notamment chez les enfants. Dans la communication hypnotique, en revanche, la mémoire gustative est intéressante et peut être le thème d'une transe (souvenir d'un gâteau d'enfance...) et pour son accompagnement (Virot et Bernard, 2010 ; Virot, 2013 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Bernard et Musellec, 2013).

6.3.2. La technique du VAKOG :

Elle a deux objectifs différents selon le sens dans lequel elle est employée. Dans le sens conventionnel, le but est de mettre le patient en sécurité. Il sera alors dirigé de sa conscience critique vers la conscience hypnotique.

Dans le sens contraire, le thérapeute cherche à favoriser la conscience en mode critique (technique du VAKOG inversé) (Bernard et Musellec, 2013).

La mise en sécurité consiste à réactiver un mode d'adaptation inné qui permet à un sujet de se mettre à l'abri d'un danger. C'est une réaction primitive intervenant notamment lors de l'arrivée dans un endroit inconnu. Les cinq sens recueillent toutes les informations sensorielles disponibles pour les analyser et s'y adapter. Dans certaines circonstances, comme le stress ou l'anxiété, une confusion se crée, désactivant ce processus naturel de mise en sécurité. Lors d'une séance d'hypnose, le thérapeute doit le réactiver pour mener à bien les soins.

Pour se faire, la technique du VAKOG consiste à amener le patient dans un sentiment de confort et de sécurité, en l'invitant tout d'abord à prendre conscience de l'environnement et du temps. La conscience critique est activée par l'observation de la réalité extérieure qu'il partage avec le praticien. Le soignant le dirige ensuite « *ici et maintenant* » avant de poursuivre la séance. Ceci consiste à décrire ensemble le lieu dans lequel ils se trouvent en termes agréables et positifs. Le patient mémorise ainsi le moment présent, au sein duquel il a réussi à percevoir des éléments positifs. L'orientation spatiale, sera plus longue, d'autant plus si le patient est angoissé. Elle consiste à lui demander de bien regarder les détails du cabinet, le paysage par la fenêtre, la couleur des murs... (« *c'est confortable d'être à l'abri dans cette pièce* », « *la température vous convient-elle ?* »). La focalisation sur ses pensées négatives en sera alors amoindrie. Cette technique respecte la hiérarchie naturelle des sens permettant de percevoir du plus loin vers le plus proche (VAKOG : du visuel vers le gustatif). La vue et l'audition sont les sens relatifs à la distance, l'olfaction est intermédiaire, tandis que le toucher et le goût sont des sens de proximité.

Une fois le patient sorti de la transe négative et ramené en conscience critique, le thérapeute pourra le recentrer sur sa réalité intérieure tout en conservant un sentiment de sécurité et de confort. La transe positive, sera ainsi favorisée avant de commencer la dissociation hypnotique. Schématiquement, le praticien commencera par se présenter, indiquera la date et l'heure, puis il mobilisera l'attention du sujet dans l'espace du lieu et dans le temps (« *ici et maintenant* »). Il stimulera les sens toujours du plus loin vers le plus proche (V-A-K-O-G). Il réutilisera ses mots ou expressions faisant référence à son canal sensoriel préférentiel préalablement détecté. Les phrases seront toujours positives et affirmatives, saupoudrées de confort. Le langage para-verbal s'adaptera à celui du sujet, avec un rythme ralenti et calme pour l'induction de la transe. Le langage non-verbal montera, par des gestes maîtrisés, ce qui lui est décrit.

L'adhésion au VAKOG devra être vérifiée par des questions simples et si de l'anxiété ou du stress resurgissent, des détails seront ajoutés au discours pour renforcer le sentiment de bien-être (Viro, 2013 ; Bernard et Musellec, 2013).

A la fin de la séance d'hypnose, le patient dissocié est ramené en conscience critique pour se reconnecter peu à peu avec la réalité extérieure. Il lui est demandé de revenir « *ici et maintenant* » et de réveiller ses sens un à un. La réassociation procède de manière inverse à l'induction hypnotique. Ainsi, la technique employée est celle du VAKOG inversé. Les sens seront stimulés du plus proche vers le plus loin (G-O-K-A-V) et la description de

l'environnement reprendra celle de l'induction mais simplement en sens inverse. Le thérapeute commencera donc par lui décrire un goût (ce sens est plus souvent laissé de côté), une odeur, ensuite une activité ou un contact, puis il parlera d'un son ou bruit et enfin d'une image perçue, d'un paysage, de la lumière de la salle...

Pour un patient en transe négative dès son arrivée au cabinet (peur, anxiété, stress, appréhension...), il est nécessaire de le ramener en conscience critique, avant de pouvoir établir une transe positive propice aux soins et indispensable à l'hypnose. La technique du VAKOG inversée sera utilisée pour éloigner le sujet de sa réalité intérieure et de ses pensées néfastes, en le concentrant sur ce qui l'entoure (la salle, les couleurs, la musique..). Une fois revenu en mode critique, il sera plus aisé pour le praticien de le réorienter par la technique du VAKOG, en sens normal cette fois-ci, vers sa réalité intérieure désormais apaisée (Bernard et Musellec, 2013).

La figure 15, extraite du livre de Bernard et Musellec paru en 2013, illustre la technique du VAKOG dans les deux sens possibles.

Fig. 15 : Technique du VAKOG et du VAKOG inversé (Bernard et Musellec, 2013).

Pour une communication de qualité, le praticien doit apprendre à devenir un bon observateur sensoriel afin de percevoir ce que ressent son patient et ce qu'il lui transmet, volontairement ou non. Le thérapeute pourra alors adapter son langage et imaginer un univers agréable pendant la transe hypnotique. Il est intéressant pour le thérapeute de connaître son propre canal sensoriel préféré. Dans le domaine médical, le kinesthésique est souvent majoritaire en raison des actes techniques réalisés (soins dentaires, pansements...) et du mouvement permanent des soignants. De nombreux tests (choix entre différents textes, questionnaires...) permettent d'objectiver le canal préférentiel. Se connaître soi-même est déjà un bon départ pour savoir bien écouter autrui et pouvoir adapter son langage.

6.4. Les outils thérapeutiques :

Afin de renforcer l'alliance thérapeutique précédemment établie avec le patient, de nombreux outils existent et complètent les différents langages du praticien. L'un d'entre eux, le « *mirroring* » est essentiel. C'est technique, facilement réalisable, consiste à imiter les gestes du patient, comme le font les enfants lorsqu'ils jouent. On peut également parlé de « *synchronisation* » ou « *d'ajustement* ». La découverte en neurologie des neurones miroirs dans les lobes frontaux, a renforcé l'intérêt pour l'imitation gestuelle. En effet, il a été découvert que ces neurones s'activent lorsqu'une personne perçoit quelque chose qui lui ressemble, et permet ainsi à deux protagonistes de se sentir connectés, leurs mouvements se faisant écho. En pratique, le but est d'intégrer le langage corporel du sujet et de lui envoyer des messages personnalisés qu'il comprendra tout de suite. Le thérapeute lui dit implicitement « *Je*

suis en phase avec vous », amplifiant le sentiment de confiance et rassurant le patient. Lors de la transe hypnotique, même si les yeux sont clos, le praticien observera attentivement les gestes de son patient pour les reproduire et en ponctuer son discours. La crainte de certains confrères est que le sujet pense que le dentiste se moque de lui. Hors, en réalité, il a bien d'autres choses à penser que d'analyser les mouvements du praticien ! (Bernard et Musellec, 2013 ; Virot et Bernard, 2010 ; Virot, 2013).

Un autre outil plus difficile, mais également très efficace, est le « *pacing respiratoire* ». Il se déroule en deux temps : le soignant synchronise son rythme respiratoire sur celui du patient, et ensuite, il ne parle seulement que pendant l'expiration de ce dernier. Cette imitation discrète renforce le lien entre les deux sujets. La respiration est un phénomène physiologique inconscient et automatique. En prendre conscience en se concentrant sur son rythme permet de le moduler. La fréquence respiratoire reflète l'activité du système nerveux autonome, c'est-à-dire de la boucle réflexe para-sympathique. Ainsi, lors d'un stress ou d'une angoisse importante par exemple, cette fréquence s'accélère. A l'inverse, elle sera ralentie pour accompagner un sentiment de calme. Des études expérimentales ont montré qu'une fois que le praticien aura synchronisé sa respiration à celle du soigné, il pourra modifier son rythme pour le ralentir ou imposer des pauses. Ceci atténuera la peur, le stress ou encore l'anxiété du sujet. Le *pacing* permet d'ouvrir la relation en tout début de séance et également de la renforcer. Il est puissant pour les sujets agités chez qui les paroles ont peu d'effet. L'adaptation au rythme respiratoire s'effectue tout d'abord sur quelques cycles, puis peu à peu, les paroles seront ajoutées sur l'expiration, en adoptant une voix plutôt grave, calme, lente et rassurante. Lors du temps expiratoire, l'attention s'oriente plus facilement vers les sensations internes. Les silences se poseront ensuite sur l'inspiration. Pour ralentir la fréquence respiratoire du patient, la prononciation des syllabes sera rallongée et le nombre de mots énoncés diminué, toujours en modulant le timbre de la voix. L'apaisement est alors installé et le thérapeute ressent plus aisément les émotions du soigné. Le *pacing* est renforcé par une gestuelle calme des mains et de la tête (langage non-verbal) ainsi que par le saupoudrage de mots positifs (« *bien* », « *oui* »...) (Bernard et Musellec, 2013 ; Virot et Bernard, 2010 ; Lecoursonnois, 2006 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Virot, 2013).

La reformulation est une technique de base pour une meilleure communication. Elle correspond à un « *mirroring verbal* ». Pour le praticien, elle consiste à reformer ses phrases en choisissant des mots adaptés au patient, et cela grâce à l'observation préalable de celui-ci. Il peut également reprendre ses expressions et ses mots en les intégrant à son discours. Des études ont démontré que le fait de réutiliser le vocabulaire du soigné plutôt que d'énoncer des termes médicaux, diminue le stress, mais renforce aussi la satisfaction de l'entretien et l'observance thérapeutique par la suite. La reformulation s'effectue durant toute la séance en reprenant surtout les mots à forte valeur émotionnelle. Elle permet d'éviter toute erreur de compréhension ou d'interprétation, notamment en cas de différence linguistique ou culturelle, d'angoisse, de peur... Questionner le patient sur la signification de ses mots (« *Si j'ai bien compris, vous êtes **anxieux** car vous avez peur de **gonfler comme un ballon** avec l'anesthésie ?* ») confirme les informations reçues et démontre l'écoute attentive du dentiste (Bernard et Musellec, 2013).

Le choix des mots est capital, comme cela a été expliqué précédemment. Ils seront toujours à connotation positive et formulés de manière affirmative. Le vocabulaire du patient est répété pour une meilleure compréhension et adhésion au discours médical. La syntaxe des phrases est intéressante, tout comme l'utilisation des pronoms. Le pronom personnel « *Nous* » marque une complicité, une alliance entre les deux protagonistes qui se dirigent ensemble vers le même objectif. Il ne doit toutefois pas infantiliser le patient et lui suggérer qu'il est incapable de gérer seul la situation. Le « *Vous* » marque une distance de politesse et s'utilise pour le début de l'induction hypnotique ainsi que pour la réassociation. Le « *Il / Elle* » ponctue le langage dissociatif : c'est une partie du corps de la personne qui effectue un geste, tandis qu'elle se positionne en tant qu'observatrice. Ainsi, la dent douloureuse par exemple, n'est plus « *Sa dent* », mais juste « *Une dent* » qui est regardée de loin, et dont la douleur est totalement lointaine, non significative, puisqu'elle ne lui appartient plus. Cette technique d'observation externe de son propre corps est très utile pour calmer la douleur ou l'anxiété, le patient se détachant totalement de la partie physique de lui-même. Enfin, le pronom personnel « *Je* » prononcé par le praticien, renforce le sentiment d'alliance du patient avec celui-ci. Il reste néanmoins plus difficile à utiliser (Michaux *et al.*, 2007).

La conjugaison hypnotique, qui s'adresse au cerveau fonctionnant sur le mode figuratif, est différente de celle utilisée habituellement. Il est conseillé de parler des expériences négatives au passé afin de s'en débarrasser. Elles ne sont pas ignorées mais simplement éloignées pour les détacher du moment présent. A l'inverse, les souvenirs positifs sont évoqués au présent, pour ressentir de nouveau les sensations agréables et le bien-être relatifs à celui-ci. Le sujet y trouve des ressources dans l'« *ici et maintenant* », mais également applicables lors de futures situations, pour y faire face sans les subir. Les compétences et les qualités dont a fait preuve le sujet sont réactualisées au présent. Les événements à venir (examen, rendez-vous angoissant, soin programmé...) sont évoqués au présent, comme pour les vivre une première fois et visualiser leur réussite. Par exemple, « *Demain, je vais détendu au cabinet dentaire* » a plus d'impact que « *Demain, j'irai détendu au cabinet dentaire* », qui laisse planer une d'incertitude (Bernard et Musellec, 2013 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Virot, 2013).

Le langage figuratif est celui de l'imaginaire et s'assimile au rêve. C'est le langage de choix pour toute séance d'hypnose. Lors de l'induction hypnotique puis ensuite pour énoncer les suggestions, l'imagination du sujet est mobilisée, permettant également d'inactiver sa volonté consciente. Les métaphores représentent un outil primordial pour le thérapeute et commencent souvent par « *C'est comme si / On dirait que / Ca ressemble à... un embrun vous éclaboussait / un courant d'air entrainé dans la pièce / vous étiez confortablement allongé dans votre canapé...* ». Elles proposent une alternative à la réalité en s'en fabriquant une nouvelle, et autorisent certains actes qu'une personne s'interdirait habituellement (croquer dans un morceau de chocolat, chanter sur une scène...). Elles expliquent l'acte thérapeutique (« *Le pansement appliqué est comme une douce couverture qui va cicatrifier doucement la gencive* »), imagent le phénomène hypnotique (« *C'est comme si vous étiez au milieu d'une belle forêt* »), décrivent un soin (« *Vous allez sentir comme de petites et gentilles fourmis qui se baladent sur votre lèvre* »).

inférieure »), produisent une catalepsie (« *Votre bras est en équilibre, comme s'il était posé sur une table* ») ou encore rassurent le patient en créant un environnement qui lui est agréable (« *Dès que vous êtes installé dans ce fauteuil, c'est comme si vous étiez à cheval sur la plage* »). Le fait de décrire une sensation en termes imaginaires, afin de diminuer un ressenti désagréable, ou, à l'inverse, d'amplifier un sentiment de bien-être est appelé « *réification* ». Par exemple, au lieu de suggérer simplement que la dent va s'engourdir, il est plus efficace d'amener le sujet à imaginer un gant protecteur qui se tisse tout autour de celle-ci, la rendant insensible à tout stimulus (Michaux *et al.*, 2007 ; Virot et Bernard, 2010 ; Virot, 2013).

Ce langage est puissant et favorise la transe positive. Il se compose le plus souvent possible des mots du patient pour inventer un scénario qui lui ressemble. Celui-ci doit évoquer les centres d'intérêt, le mode de vie ou encore des souvenirs confiés lors de l'interrogatoire préalable à la séance. Voici deux métaphores applicables à toute séance d'hypnose. Celle de l'arc-en-ciel, en évoquant tour à tour des couleurs, calme et apaise. Elle peut aussi illustrer une dépression précédée de l'arrivée du soleil (« *Imaginez un ciel presque bleu, avec quelques nuages gris d'un côté et le soleil de l'autre. Une petite pluie tombe et les rayons du soleil la traverse doucement créant un magnifique arc-en-ciel. Regardez toutes ses couleurs et écoutez le son de ma voix qui vous accompagne dans ce travail. Prenez conscience des nuances colorées. Nous allons les décrire une à une. Regardez le rouge, et laissez votre corps s'engourdir doucement. Regardez maintenant l'orange et ressentez la douceur des rayons de soleil sur votre peau... La pluie cesse peu à peu, le ciel redevient bleu azur et le soleil l'illumine tout entier. Il fait agréablement chaud, comme vous l'aimez* »). La métaphore de la sculptrice représente le changement s'opérant sur un matériau, qui, malgré son passé et ses imperfections, réalise la forme souhaitée (« *Imaginez une sculptrice, dans son atelier et devant une table. Elle a un projet. Sur cette table est posé un bloc d'un matériau à travailler comme la terre. Cette terre a un passé, des origines, une histoire. Peut-être a-t-elle subi la pluie, la sécheresse, les inondations... Elle n'est pas parfaite, la sculptrice le sait, mais désire tout de même atteindre son but. Elle construit peu à peu son projet en tenant compte de toutes les imperfections de cette terre. Sans ignorer le passé, elle ne pense qu'au présent et à sa création* ») (Michaux *et al.*, 2007 ; Virot et Bernard, 2010 ; Virot, 2013).

La confusion est un procédé rapide et puissant qui permet de passer extrêmement rapidement en conscience hypnotique en éclipant d'un coup la conscience critique. En faisant ou en disant quelque chose d'inhabituel, le praticien dérouté le patient. Elle trouble le cerveau gauche, sa logique et son besoin de comprendre pour induire un sentiment de sécurité. Elle crée immédiatement une transe en activant l'imaginaire et en immobilisant le corps. Une « *dépotentialisation de la conscience* » s'opère. Toute l'attention du sujet est portée sur la compréhension du message confus réceptionné. Le monde extérieur n'existe plus et l'esprit est perdu, ne sachant plus quoi penser. Le sujet ne peut plus analyser la situation de manière rationnelle et habituelle, en partie à cause de l'effet de surprise de la confusion. Les réflexes sont sidérés et une tension nécessaire au processus hypnotique se crée. Néanmoins, cette courte transe est plutôt négative et doit être rapidement suivie d'un message rassurant. Il sera d'autant mieux compris que s'il avait été reçu sans confusion préalable, ceci grâce à l'hyper-suggestibilité induite par l'hypnose. La confusion potentialise les futures suggestions. Cette technique est indiquée pour la réalisation de gestes courts et

désagréables, comme une anesthésie ou une incision. Des phrases émotionnellement neutres sont préférées comme « *Votre mari va toujours au yoga ?* » pour un homme ou « *Votre femme joue toujours au tennis ?* », ou encore « *Votre camion aime toujours le surf ?* ». Des mots incompréhensibles sont aussi très efficaces (« *Avez-vous shutyrlikatou ?* »). La confusion peut solliciter le patient en lui demandant par exemple « *Comptez les marches de l'escalator en chantant en anglais et en les comptant à l'envers s'il vous plaît* » ou « *Pouvez-vous compter de 9 en 9 à partir de 154 et jusqu'à 218 ?* ». Chez l'enfant, elle est délicate à manier peut générer de l'anxiété. Elle ne s'utilise pas avant 5 ans. Jusqu'à 7 ans, la magie des choses fonctionne bien (ventriloque, utilisation de jeux, démonstration sur le doudou...). Pour les plus âgés, il est possible de les solliciter en les faisant participer (« *Peux-tu toucher de ta main droite la partie gauche de ton orteil droit ?* »). Dans tous les cas, la confusion nécessite de rassurer immédiatement le patient pour ne pas rompre le lien entre eux. Elle permet juste de défocaliser rapidement le sujet de ses pensées néfastes, puis de le ramener tout de suite en transe positive avant de continuer la séance. Son côté ludique la rend agréable d'utilisation et renforce l'alliance thérapeutique (Bernard et Musellec, 2013 ; Lecoursonois, 2006 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Virot et Bernard, 2010).

Le thérapeute peut également utiliser des truismes, c'est-à-dire des formules énonçant des évidences. Par exemple, deux personnes qui se baladent en forêt et disent que l'herbe est verte. Elles affirment une réalité évidente. Le truisme décrit une information que le patient peut vérifier : « *Vous êtes bien installé sur le fauteuil violet, vos chaussures marron reposant tranquillement au bout de ce fauteuil* ». Ces affirmations, banales de premier abord, confirme au sujet que le thérapeute et lui perçoivent la même réalité extérieure. Le praticien lui montre implicitement qu'il l'a observé et s'intéresse à lui, renforçant le lien entre eux (Michaux *et al.*, 2007 ; Virot et Bernard, 2010 ; Virot, 2013).

Un outil intéressant pour l'hypnose est le choix illusoire. Il consiste en une proposition du thérapeute qui donne l'illusion de pouvoir décider. Erickson disait en 1983 : « *Un outil linguistique important dans la facilitation de l'hypnose, à savoir : l'usage du double lien. Par celui-ci, je veux dire le fait d'énoncer quelque chose, de telle façon que la personne pense avoir un choix, alors qu'en fait elle n'a pas vraiment le choix* ». Cette fausse alternative contourne le cadre trop rigide de certaines suggestions qui empêche le sujet d'y adhérer de pleine grâce, car il se sent obligé de s'y soustraire. Les questions sont un bon moyen de proposer un choix : « *Voulez-vous que je commence à soigner la carie du haut ou celle du bas ?* ». Le patient peut décider de l'arcade où débutera le soin, mais la question ne laisse aucun doute : de toute manière il faudra soigner ses dents. Pour un patient anxieux, le dentiste peut lui proposer de se concentrer sur sa respiration afin de se détendre ou, s'il préfère, se représenter son stress comme un gros ballon qui va peu à peu se dégonfler. Pour le praticien, peu importe comment le patient arrive à se calmer. Ce qu'il recherche, c'est la focalisation de l'attention ailleurs que sur les pensées négatives. Le choix illusoire est une sorte de suggestion qui renforce l'alliance et le « *double-lien* » créé (Michaux *et al.*, 2007 ; Virot et Bernard, 2010 ; Virot, 2013).

Le langage suggestif peut être de deux types. Fermé, il ordonne au patient de faire quelque chose (« *Ecoutez ma voix et fermez les yeux* », « *Vous marchez sur la plage et vous regardez les vagues se dérouler doucement* »). Ouvert, il laisse un choix au patient, mais sert l'objectif du thérapeute qui est d'orienter son attention sur des sensations agréables (« *Vous êtes peut-être en train de marcher sur la plage ou alors peut-être êtes-vous arrêté. Si les vagues vous intéressent, vous pouvez avoir envie de les regarder, ou alors vous décidez de vous allonger sur le sable* »). Par les suggestions ouvertes, le patient décide du scénario qu'il veut expérimenter, seulement guidé par les propositions du thérapeute. Les praticiens sont souvent directifs dans leur communication. Il faut apprendre à varier les suggestions fermées et ouvertes, en veillant toutefois à ce que ces dernières et la fantaisie qu'elles apportent, soient propices au soin et à la sécurité du patient. De plus, des verbes comme « *essayer* » et « *tenter* », augmentent le risque d'échec des suggestions car ils suggèrent que le sujet puisse échouer. Ils expriment un doute quant à la réussite de la proposition hypnotique.

Les suggestions composées, elles, associent dans une même phrase deux éléments qui n'ont habituellement aucun lien entre eux (« *Vous regardez le tableau face à vous et votre respiration est de plus en plus calme* », « *Vos yeux se ferment doucement et vous êtes de plus en plus détendu et serein* »). Elles consistent à énoncer un truisme, quelque chose d'évident, suivi d'une suggestion que le patient va facilement accepter.

Le « *Yes set* », beaucoup employé en hypnose éricksonienne, est une sorte de suggestion composée. Le thérapeute énonce une série de truismes, puis une suggestion orientant le patient vers ce qui lui est utile. A chaque évidence, il répond « *oui* », verbalement ou « *non* », ce qui lui permet de penser « *oui* » à la suggestion finale : « *Vous êtes bien allongé au fauteuil ce matin, il est tôt. Vous pouvez entendre les oiseaux chanter au dehors... et vous vous sentez tout à fait calme et détendu, confortablement allongé* ». Dans cet exemple, le patient pensera « *oui* » à la première suggestion. Il est important d'obtenir cette première validation pour être sûr que le message envoyé a bien été réceptionné. Le sujet hochera la tête, ou fera un mouvement qui signalera sa réponse positive. Ensuite, il acceptera plus facilement l'idée de la dernière suggestion. Indirectement, il favorisera ainsi la survenue du confort et du calme. Les formules interrogatives fermées sont également utiles car elles demandent une réponse immédiate binaire (« *Vous entendez les oiseaux dehors, n'est-ce pas ?* »). Cette séquence d'acceptation dissimule la suggestion au milieu d'une succession de questions, auxquelles le sujet ne peut que répondre par « *oui* ». Le *Yes set* entraîne, consciemment ou non, une série d'acquiescements qui faciliteront la proposition hypnotique importante (être calme et détendu) (Bernard et Musellec, 2013 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Virot et Bernard, 2010 ; Virot, 2013).

La fin du rendez-vous est une étape essentielle qui est bien souvent négligée, par inadvertance ou par faute de temps (« *Il ne m'a même pas dit au revoir !* »). Pourtant, la relation qui a été ouverte nécessite d'être fermée par politesse tout d'abord, mais surtout pour ne pas achever le travail de communication accompli sur un mauvais ressenti. Une simple poignée de main accompagnée d'un mot bienveillant (« *Cicatrisez bien* » après une chirurgie, « *Bonne journée et à bientôt* »...) et d'un sourire encourageant, suffisent à rassurer et à clôturer correctement le soin (Virot et Bernard, 2010).

Durant toute la séance, du premier regard à la transe hypnotique, le praticien a un rôle d'accompagnateur. En créant un climat de sécurité par la synchronisation avec le langage et le rythme respiratoire de son patient, il tisse un lien de confiance mutuelle scellant l'alliance thérapeutique. La communication entre eux est alors souple, fluide et propice à l'atteinte de l'objectif commun (soigner une dent sans crainte, ne plus appréhender l'anesthésie...). Cet accordage est plus ou moins facile selon

les patients et leur état émotionnel. C'est justement avec ceux-ci que tous les outils précédemment décrits sont très efficaces pour aider le soignant comme le soigné. Par leur apprentissage, le thérapeute facilite son quotidien en s'évitant du stress et des tensions inutiles. Observer, adapter son langage et donc, en conséquence, mieux communiquer, devient instinctif et primordial dans la vie quotidienne comme au cabinet dentaire. Une communication de qualité est la clé d'une vie plus sereine où les échanges avec autrui sont fluidifiés, équitables et constructifs.

VII - Intérêt de l'hypnose au cabinet dentaire pour la gestion du stress et de l'anxiété :

La grande majorité des patients qui consultent au cabinet sont stressés, anxieux ou disent avoir peur du dentiste. Afin de mener à bien les soins et d'atteindre l'objectif désiré (réduire ces sensations, réaliser l'ensemble du plan de traitement dans un sentiment de calme...), il faut connaître ces différentes notions, pour ensuite envisager des techniques visant à les réduire ou les dompter.

7.1. Définitions :

7.1.1. La réaction physiologique de stress :

Le Petit Larousse 2014 définit le stress comme « *un état réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque* ». C'est un comportement régulé par le système homéostatique qui contrôle et veille à l'équilibre des fonctions vitales de l'organisme, via l'hypothalamus. Ce concept d'homéostasie a été proposé par le physiologiste américain Cannon en 1926, et affirme que tout organisme multicellulaire s'auto-organise afin de maintenir un équilibre constant entre son milieu intérieur et les contraintes de l'environnement externe. Ainsi, l'hypothalamus joue un rôle de thermostat pour la température corporelle, de glucostat pour la glycémie et encore d'hydrostat pour l'hydratation du corps. Il corrige immédiatement des variations, même petites, des mesures de référence internes par des processus involontaires (fièvre, frissons...) et volontaires (boire, se rapprocher d'une source de chaleur...). Il

assure l'équilibre intérieur indispensable à la vie et à la bonne santé (Petit Larousse, 2014 ; Lecoursonnois, 2006 ; Servant et Parquet, 1997).

Si le stress est vital, il est primordial de le maîtriser. On en distingue ainsi deux sortes. Le « *bon stress* » (ou « *eustress* »), permet à l'individu de faire face à une situation en réagissant extrêmement rapidement, soit par la fuite, soit par la lutte (« *flight or fight* »). Il permet de rester en vie et maintient l'état de veille. A l'inverse, le « *mauvais stress* » (ou « *dystress* »), apparaît si le danger persiste, et que le corps s'épuise peu à peu pour le combattre. Il devient à terme chronique et mène à la pathologie. Devenant rapidement néfaste, il est important de savoir diminuer le stress des patients et ses conséquences pour leur permettre de faire face aux situations stressantes (un rendez-vous au cabinet), sans les subir. (Lecoursonnois, 2006 ; Bernard et Musellec, 2013).

7.1.2. L'anxiété :

L'anxiété est définie par le Petit Larousse 2014 comme un « *trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité* ». Du latin « *anxius* », elle signifie étymologiquement « *inquiétude* » ou « *agitation* ». Elle survient lorsqu'un individu ressent de l'appréhension face à un événement incertain, dont il ne maîtrise pas toutes les données. Cette émotion pénible se manifeste lors de l'attente d'un danger qui n'est pas réel et n'a pas d'objet. Le sujet pressent qu'une menace est proche alors que dans son environnement, rien ne peut l'objectiver. L'anxiété appartient entièrement au domaine du subjectif, c'est-à-dire de ce qui est ressenti au niveau émotionnel et psychique. Cela la différencie de la peur et du stress qui interviennent lorsqu'un danger avéré et réel survient (Servant et Parquet, 1997 ; Petit Larousse, 2014 ; Lecoursonnois, 2006).

Tout comme le stress, l'anxiété est une réaction physiologique vitale. Elle permet d'augmenter l'état de vigilance cérébrale en focalisant l'attention sur la situation ressentie comme anxiogène et stressante. L'organisme pourra ainsi répondre efficacement et adapter ses différents mécanismes de régulation. L'anxiété, à un degré d'intensité normale, stimule le corps et potentialise ses performances physiques et cognitives. Une fois la situation analysée et gérée, elle disparaîtra, tout comme le stress aigu provoqué. L'équilibre homéostatique sera rétabli. En revanche, si l'agent stressant persiste et que le stress devient chronique, le sentiment d'anxiété évoluera également vers le pathologique. Ce passage n'est pas facilement détectable. Il est considéré qu'elle est néfaste lorsqu'elle n'est plus ressentie comme vitale à l'organisme, mais au contraire, qu'elle provoque une sensation d'épuisement et de souffrance (Lecoursonnois, 2006 ; Benhaiem, 2000 ; Benhaiem, 2005 ; Bioy et Michaux, 2007).

Au niveau symptomatologique, les manifestations physiologiques sont nombreuses et variées : hypertension, tachycardie, palpitations, hyperventilation, dyspnée, sensation d'étouffement, spasmes digestifs et/ou pharyngés, tension musculaire, céphalées, acouphènes, troubles visuels, lombalgies, agitation, troubles de l'attention et de la concentration, lipothymie, phase de sidération immobilisant le sujet... Ces symptômes demeurent même si le danger a disparu. Cette émotion auparavant nécessaire perturbe le sujet et son quotidien. Elle est un motif de consultation très fréquent en médecine générale et doit être prise au sérieux pour pouvoir la maîtriser (Lecoursonnois, 2006 ; Benhaïem, 2005 ; Bioy et Michaux, 2007).

Le recours à un hypnothérapeute est judicieux car il pourra travailler sur cette réaction comportementale, comprendre sa cause et ainsi trouver une solution adéquate en modifiant la réponse du patient face à cette émotion (Lecoursonnois, 2006 ; Bioy et Michaux, 2007).

7.1.3. L'angoisse :

Selon le Petit Larousse, l'angoisse se définit par « *une grande inquiétude, une anxiété profonde née du sentiment d'une menace imminente mais vague* ». Du latin « *angustia* » faisant référence à la sensation d'être « *serré à la gorge* », elle diffère de l'anxiété par son intensité de stimulation plus importante. Elle est considérée comme un excès de cette dernière face à un danger non avéré de manière objective. L'objet de la menace n'est pas réel mais est ressenti fortement par l'individu angoissé. Son absence constitue la principale différence avec le sentiment de peur où il est bien identifié. L'angoisse se manifeste par les mêmes symptômes physiques intenses que l'anxiété, mais ils sont ici fortement majorés et la sensation d'étouffement prédomine. L'évolution de l'anxiété en angoisse est marquée par la survenue d'une crise paroxystique, dite « *crise d'angoisse* », pouvant durer de quelques minutes à plusieurs heures. Celle-ci se manifeste brusquement et provoque de la panique chez le sujet qui se sent impuissant face à un événement incontrôlable qui menace, selon lui, sa sécurité. L'hypnose est un très bon outil pour gérer les comportements consécutifs d'une crise et leurs symptômes, en les analysant et en les modifiant avec l'aide du patient (Servant et Parquet, 1997 ; Petit Larousse, 2014 ; Lecoursonnois, 2006 ; Bioy et Michaux, 2007).

7.2. Les origines de la peur du dentiste :

Depuis toujours, la dentisterie intrigue et impressionne par ses instruments ainsi que par la diversité du matériel et des matériaux utilisés. Le savoir-faire qu'elle demande, tant au niveau des connaissances médicales que des compétences techniques, fascine mais intimide en même temps. Dans notre société, il est naturel de craindre les soins dentaires, ou du moins, de ne pas les apprécier. La majorité des patients (90 %) considère leur rendez-vous comme une réelle contrainte qu'ils aimeraient éviter. L'origine de la peur du dentiste se divise globalement en trois tiers. Le premier regroupe les individus ayant vécu dans leur enfance, ou même plus tardivement, une expérience traumatisante chez leur dentiste (extraction difficile, soin long et inconfortable, personnel insensible ou soignant

sans douceur...). Les douleurs éventuellement ressenties pendant le traitement ou la sensation d'engourdissement suite à l'anesthésie, expliquent également la crainte de prochains rendez-vous. Le second tiers concerne les personnes n'ayant à l'origine aucune appréhension du dentiste ou n'ayant encore jamais consulté (comme les enfants par exemple), mais qui sont conditionnées par les discours anxiogènes de leur entourage. Ainsi, elles s'imaginent le rendez-vous et l'ensemble des soins selon les expériences relatées d'autrui, en général exagérées négativement. Ceci est particulièrement vrai chez les enfants qui reproduiront plus ou moins inconsciemment le même comportement au fauteuil que leurs parents. Le dernier tiers ne correspond pas à un groupe bien défini de sujets, mais plutôt à la vision primitive et non rationnelle du dentiste qui est ancrée, presque innée, en chacun.

Bien qu'actuellement considérée comme plus évoluée, plus humaniste et moins douloureuse qu'autrefois, la médecine dentaire souffre toujours d'une mauvaise image qu'il est nécessaire de changer patient par patient (Virot, 2013 ; Virot et Bernard, 2010).

Le métier de dentiste est spécifique, puisqu'il touche à l'intimité physique et à la sensibilité en intervenant directement sur la sphère oro-faciale. En effet, celle-ci est intuitivement considérée comme précieuse, personnelle et importante par ses différents rôles (nutritionnel, social, relationnel...). Le praticien, en introduisant des instruments, ses mains et des matériaux dans la bouche, semble impudique car il pénètre dans la sphère personnelle de sécurité du sujet. La proxémie, variable selon chacun, ne peut plus être réellement respectée lors du soin, créant un sentiment d'impuissance chez le patient. Celui met malgré lui, sa bouche, son corps, sa respiration et son odeur à disposition du dentiste. La position allongée au fauteuil dentaire est en général mal vécue. En effet, elle nécessite d'avoir la tête en arrière, exposée à une lumière vive, voire violente pour les enfants. Cette situation provoque un inconfort, ainsi qu'une sensation d'insécurité, de soumission et de perte de contrôle. Il est d'autant plus important d'établir une bonne relation avec le patient avant qu'il ne s'installe au fauteuil, pour diminuer ses résistances et créer un sentiment de confiance. Il vivra ainsi beaucoup mieux l'effraction dans son intimité lors des soins (Virot, 2013).

La peur du dentiste trouve différentes origines, variables selon les individus. Des études ont montré qu'environ 40 % des patients craignent les douleurs, 20 % appréhendent les piqûres, 15 % ont peur de perdre le contrôle et enfin 15 % ressentent des haut-le-cœur. Les 10 % restants invoquent d'autres raisons (gêne suite à l'anesthésie, odeur spécifique du cabinet, mauvais goût en bouche, tenues médicales, instruments nombreux et complexes...) (Virot, 2013 ; Bernard et Musellec, 2013).

La figure 16, proposée par le docteur Schulte en 2014 et extraite du site internet <http://www.dentophobie.ch/francais>, illustre les différentes origines de la peur du dentiste et leur répartition respective.

Fig. 16 : Répartition des différentes peur au cabinet dentaire (Schulte, 2014).

L'appréhension majoritaire, celle d'avoir mal, reste bien ancrée dans l'esprit des patients, bien qu'ils admettent volontiers que les soins dentaires sont actuellement quasiment indolores. La crainte des anesthésies est ancestrale et infantile par l'effraction du corps qu'elle constitue. Elle est souvent tolérée bon gré mal gré car elle permet de réaliser les actes sans aucune douleur, mais parfois, elle provoque une angoisse incontrôlable empêchant certains patients de consulter. L'analgésie dentaire est redoutée, alors que bien souvent, les autres types de piqûres (vaccins, prise de sang...) n'inquiètent pas autant. La perte de contrôle, ressentie par la position sur le fauteuil, est évoquée régulièrement. Le sentiment de ne plus maîtriser la situation et de ce qu'il va advenir de son propre corps est très anxiogène. Il est fréquent que les patients se relèvent, tournent la tête, et essaient de s'échapper dès lors que le dentiste marque une pause dans le soin. Les réflexes nauséux, incontrôlables, inquiètent et s'en trouvent d'autant plus amplifiés ! (Viot, 2013).

L'étude menée en 2014 par Tellez et ses collaborateurs, a révélé que 49,20 % des patients ressentent une anxiété importante, ou d'intensité moyenne, face au dentiste. 20 % d'entre eux souffrent de phobie dentaire, les empêchant de consulter et de se laisser soigner correctement. 35 % ne prennent rendez-vous seulement lorsque la situation est urgente (pulpite, douleur insupportable, abcès, altération de l'état général...). Cette étude a mis également en évidence le lien entre la manière dont le patient a ressenti son précédent rendez-vous (s'il a eu mal, la relation avec le praticien...) et sa facilité à reconsulter par la suite. La qualité de la relation est mise en avant pour l'observance thérapeutique des soignés. Meilleures seront la communication et l'alliance thérapeutique, et meilleur sera le chemin vers l'objectif fixé conjointement. Enfin, ces travaux ont montré que le niveau d'anxiété interfère directement avec la fréquence des consultations, le moment de la prise des rendez-vous (urgence ou non) et le déroulement plus ou moins bon des séances (Tellez *et al.*, 2014).

La peur du dentiste, pouvant atteindre le stade de phobie où le sujet sera irraisonnable, est très variable selon les individus. Elle dépend du vécu, de la personnalité (affirmée, timide, méfiante, agressive...) et de la facilité ou non à être influencé (conditionnement par les dires d'autrui). Différentes techniques permettent d'identifier, de comprendre et de modifier les raisons de la peur, du stress, de l'anxiété ou encore de l'angoisse. Toutes ces émotions sont ressenties par la majorité des patients au cabinet dentaire. L'hypnose est un outil de choix dans cette démarche, car elle nécessite l'entière collaboration du sujet, qui met toute sa volonté dans la réussite des soins.

7.3. Prise en charge de l'anxiété par l'hypnose dans un environnement adapté :

7.3.1. Les moyens d'utilisation de l'hypnothérapie :

L'anxiété, enfermant le patient dans une transe négative, favorise le mode de conscience hypnotique en le coupant de sa conscience critique. Il ne peut plus réfléchir calmement à la situation et trouver une solution à son problème. Communiquer avec un sujet anxieux demande de l'investissement de la part du praticien, puisque raisonner brutalement le patient ou lui parler de manière trop rationnelle serait totalement improductif. De l'empathie est nécessaire, bien qu'elle ne suffise pas pour réduire un sentiment anxiogène intense et ne doit pas conforter le soigné dans ses pensées négatives. Comme le dit le docteur Benhaiem « *Une pensée triste n'est rien, sauf si elle dure. Une douleur n'est rien sauf si elle s'installe. Une peur n'est rien sauf si elle se renouvelle trop fréquemment. Finalement, ce que l'on soigne à chaque fois c'est l'immobilisation, la sidération, la focalisation* ». L'hypnose s'avère être un excellent outil car elle agit sur le comportement, sur le ressenti et sur les pensées de l'individu anxieux (Benhaiem, 2005 ; Michaux *et al.*, 2007).

L'état émotionnel face à une situation potentiellement anxiogène, comme une consultation dentaire, varie selon chacun. Des échelles de mesure de l'anxiété existent et sont intéressantes pour adapter la prise en charge du patient selon le niveau atteint. L'échelle de Spielberger par exemple, évalue la tension, l'appréhension, la nervosité et l'inquiétude ressenties dans un contexte aversif ou thérapeutique. D'autres échelles existent également, comme celle de Corah ou celle, plus compliquée, d'Hamilton. La Haute Autorité de Santé les répertorie pour garantir leur utilisation optimale selon le contexte de soin (du cabinet dentaire aux services psychiatriques) (Lecoursonnois, 2006 ; site internet HAS).

Les émotions interfèrent directement dans la communication entre deux personnes. Celles qui sont innées, dites « *primaires* », sont la joie, la colère, la peur et la tristesse. Celles qui sont acquises par l'expérience, ou appelées « *secondaires* », correspondent à la surprise, l'anticipation, l'acceptation

et le dégoût. Si elles prennent le dessus chez l'un des deux individus, comme lors d'un événement anxiogène, la relation ne sera plus de qualité car les niveaux émotionnels seront inégaux. L'objectif de l'utilisation de l'hypnose est une meilleure gestion de l'émotion négative, en créant un amortissement émotionnel qui diminuera l'anxiété ou le stress. En effet, l'hypnothérapeute, par différentes techniques, installe peu à peu le calme chez son patient. Il se montre prêt à accueillir toutes les émotions que le sujet a, d'ordinaire, du mal à exprimer (Lecoursonnois, 2006 ; Michaux *et al.*, 2007 ; Bernard et Musellec, 2013).

Une première technique pour apaiser le patient, et avant de pouvoir utiliser l'hypnose, est la relaxation. Elle permet de le sortir de sa transe négative et d'inactiver progressivement sa conscience critique. La dissociation cognitive qu'elle provoque diminue les représentations négatives des soins dentaires et induit un sentiment de bien-être quasiment immédiat. Pour se faire, le praticien propose au sujet de placer ses mains sur son ventre et de

respirer amplement, en prenant conscience de sa respiration (« *Vous sentez l'air frais quand vous inspirez, il vous rafraîchit. A l'expiration, l'air est plus doux, plus chaud, vous procurant de l'apaisement et du confort* »). Le dentiste l'accompagne en faisant du pacing respiratoire et en calant sa respiration sur la sienne. Il peut également ralentir peu à peu son rythme, et donc par mirroring, celui du patient. L'hyperventilation ou une respiration trop rapide seront ainsi calmées. La relaxation facilite par la suite l'acceptation du contact physique avec le praticien et l'intrusion d'instruments en bouche. Une fois que la fréquence respiratoire est suffisamment ralentie et régulière, le sentiment de stress ou d'anxiété est contrôlé.

Toutefois, il est important que le praticien garde à l'esprit que cette technique passive ne peut convenir à tous les patients, certains ayant un besoin de contrôle important ou ressentant une émotion négative trop intense. La méthode la plus adaptée est bien entendu celle où les deux protagonistes sont à l'aise afin que le patient puisse la mettre en pratique à l'extérieur. La respiration ventrale est en général une base commune pour tous, par l'activation du système para-sympathique qu'elle induit automatiquement (bradycardie, hypotension...). L'expiration, profonde, doit être d'un ou deux temps plus longue que l'inspiration. Une pause peut être réalisée entre les deux pour calmer plus efficacement une hyperventilation. Le patient est dès lors dans un état psychique compatible avec l'utilisation de l'hypnose. Elle va lui permettre peu à peu de comprendre les raisons de son anxiété et de mettre en place un nouveau mode de fonctionnement face aux situations qu'il craint. Il sera à l'écoute de ses émotions et pourra désormais les maîtriser (Lecoursonnois, 2006 ; Bioy et Michaux, 2007 ; Bernard et Musellec, 2013).

Le professeur Wholpe a, en 1958, mis au point la technique de la « *Désensibilisation systématique* ». Elle consiste, une fois le patient apaisé par la relaxation, à lui demander de se représenter de manière la plus réaliste possible, une hiérarchie croissante de situations anxiogènes. Le

sentiment de décontraction préalablement obtenu est maintenu comme émotion antagoniste de l'anxiété ou du stress. Le sujet se focalise sur une scène imaginaire dans laquelle il est capable de gérer la situation angoissante. Il se projette ensuite dans la réalité comme vainqueur de ses émotions négatives. Cette technique qui possède des analogies avec les thérapies hypnotiques (fixation de l'attention, activation des ressources et de l'imagination...), est également similaire à celle du « *Freiner avec un fort ressenti* ». Lors de cette dernière, le sentiment de réussite face à un contexte aversif est graduellement renforcé sur une échelle de 1 à 10, jusqu'à ce que le patient ressente que plus rien ne peut le déstabiliser. Avec cette nouvelle confiance en lui, il va reprendre une par une les situations en commençant par les moins inconfortables, et en allant vers celles qui l'angoissent le plus. L'humour est un outil supplémentaire intéressant en collaboration avec l'hypnose, pour dédramatiser une situation et la rendre cocasse.

Une dernière variante de la méthode proposée par Whole est la technique de « *Coping désensibilisation* » élaborée par Borkovec et Mathews en 1988. La nuance consiste pour le patient à choisir une phrase positive pour chaque contexte anxiogène. Lorsqu'il sera confronté à son anxiété au cours de la séance d'hypnose, il se répétera ses mots clés jusqu'à ce qu'elle disparaisse (« *J'ai fait cela plusieurs fois à l'époque, sans aucune peur, et je sais très bien que je suis capable de le refaire* » ou « *Ce que je ressens n'est pas agréable mais n'est pas non plus dangereux* »). Le sujet pourra se resservir de ses phrases hors de l'hypnose, lorsqu'il ressentira une crainte

(l'hypnothérapeute aura fait un ancrage au cours de la séance, pour que l'individu retrouve le sentiment de bien-être éprouvé au fauteuil) (Bioy et Michaux, 2007).

Le docteur Claude Parodi a, quant à lui, inventé un dispositif simple, facilement réalisable avec les enfants. Le patient a dans sa main un interrupteur qui lui permet d'arrêter, dès qu'il en a besoin, le soin. Il a la sensation de garder le contrôle de la situation. L'évaluation du nombre d'interruptions a révélé qu'elles ont diminuées de 80 % ! Le simple fait de devenir partenaire du soin crée chez le sujet un sentiment de confort, de confiance et de sécurité, si bien qu'il se laisse plus facilement soigné. Dans le même esprit, un signe peut être choisi pour exprimer un mal-être quelconque, le besoin de déglutir ou encore de se rincer la bouche... Ces méthodes faciles et rapides à utiliser renforcent l'alliance thérapeutique car le patient se sent écouté et compris (Viot, 2002).

Afin de supprimer une réponse anxieuse que le patient programme inconsciemment par anticipation, les techniques d'exposition sont également utiles. Les stimuli anxiogènes ou stressants (événements, objets, odeurs...) sont repérés pour pouvoir peu à peu les approcher, jusqu'à ce qu'ils redeviennent neutres émotionnellement. Bien qu'obtenant des résultats positifs, ces méthodes ont révélé un risque important de rechutes. Ces dernières s'expliquent par le fait qu'elles sont trop ciblées sur un stimulus précis, excluant ceux qui lui sont similaires. Pour palier à cet inconvénient,

l'exposition à ces contextes doit être fréquente et la plus variée possible (on soigne l'anxiété des piqûres mais également celui du matériel utilisé, du bruit du cabinet...). Le processus de généralisation s'opérera progressivement. L'intégration de l'hypnose dans cette démarche assure une plus grande efficacité thérapeutique car elle permet d'identifier la situation traumatique initiale, parfois refoulée inconsciemment par le patient. Une fois la transe positive établie, l'imagination activée et le patient dissocié, les ressources intérieures sont pleinement disponibles pour modifier un comportement néfaste face à un contexte anxiogène. Grâce aux thérapies hypnotiques, le patient peut, dans un premier temps, s'entraîner mentalement en collaboration avec le praticien. Ensuite, par l'apprentissage de l'auto-hypnose, il renforcera ses acquis seul, et dès qu'il en ressentira le besoin. La réussite personnelle qui s'en suit, revalorise l'individu qui en est pleinement responsable. A force d'entraînement, un réflexe mental de maîtrise se construit. Ainsi, face à une situation anxiogène où il est difficile de réfléchir logiquement, l'individu pourra utiliser ses nouvelles compétences, presque instinctivement et avant qu'une crise d'angoisse ne s'installe. Il aura appris à reconnaître les sensations physiologiques consécutives du stress avant qu'elles ne deviennent incontrôlables. Le stress d'un rendez-vous dentaire pourra être maîtrisé avant la séance et rendre ensuite le soin plus confortable pour le soigné, mais également pour le soignant (Bioy et Michaux, 2007 ; Viot, 2002 ; Bernard et Musellec, 2013).

7.3.2. L'agencement du cabinet pour favoriser la transe hypnotique et calmer l'anxiété :

L'environnement du cabinet dentaire est un facteur souvent évoqué par les patients, à cause de l'anxiété qu'il induit. L'odeur, les tenues médicales, les instruments et autres matériels, ne font pas partis de leur quotidien et deviennent rapidement des agents stressants. Différentes stratégies sont possibles pour créer un climat agréable et confortable, qui favorisera ensuite la transe hypnotique positive induite par le thérapeute (Bernard et Musellec, 2013 ; Lecoursonnois, 2006).

Dès l'entrée, le sujet va, grâce à ses canaux sensoriels, ressentir immédiatement s'il se sent bien ou non dans la pièce. L'analyse est très rapide et souvent biaisée par les émotions négatives. Il est donc important pour le praticien de réfléchir à l'agencement de chaque pièce. Sur le bureau de l'accueil par exemple, un bouquet de fleurs fraîches apporte un brin de nature et de couleur qui reconforte intuitivement. A l'accueil, un questionnaire médical détaillé est bien sûr demandé à être rempli lors de la première consultation. Il est intéressant de le compléter par les hobbies, les centres d'intérêts afin de réutiliser ces données lors du rendez-vous. Le niveau d'anxiété et les causes de celle-ci sont utiles pour que le dentiste puisse adapter son soin en conséquence (Lecoursonnois, 2006).

Idéalement, la salle d'attente est éloignée des salles de soins (vision du matériel, bruits amplifiés...) et est similaire à un salon de détente pour préparer la relaxation. La pièce ne doit pas être exiguë et peut être rendue plus chaleureuse par des plantes disposées à divers endroits. Au mur, des tableaux colorés abstraits ou suggérant des situations agréables (ballade au bord de mer, paysage...) sont recommandés, plutôt que des affiches médicales qui majorent le stress. Ces dernières, toutefois utiles pour les informations thérapeutiques et autres obligations légales, peuvent être regroupées dans un joli tableau dans un coin. Les caricatures humoristiques de la profession seront évitées car elles majorent l'anxiété. En effet, le patient en transe négative ne peut pas analyser ces figures de manière rationnelle, car son cerveau fonctionne sur le mode analogique et comprend les informations qu'il reçoit au premier degré. Ainsi, le dessin d'une grosse aiguille sera très angoissant car le sujet ne saura pas percevoir l'humour de l'image. En revanche, les thèmes de voyages, les photographies exotiques et locales, ou encore les gravures, sont très appréciés et créent un sentiment antagoniste à l'anxiété. Le stimulus le plus adapté serait celui de la nature, car elle active les sens et est souvent réutilisée lors de l'induction hypnotique pour atteindre la perceptude. Le confort du mobilier, sa disposition et ses couleurs jouent aussi un rôle. Les meubles vieillissés et les gravures anciennes seront échangés contre des plus modernes, pour que le patient se sente dans un cabinet actif, à la pointe de la technologie et des recommandations de santé. Un espace de jeux est indispensable pour occuper et distraire les enfants. Sur une table, des magazines récents et le journal du jour divertissent pendant l'attente. Des coloriages anti-stress avec des crayons de différentes teintes sont propices à la détente et à la relaxation. Des études ont montré qu'ils induisent un sentiment de calme et potentialisent la relaxation. En se focalisant sur son dessin, le sujet oublie toutes ses craintes et l'environnement externe perçu comme menaçant. Une fontaine à eau peut être présente afin que le patient ressente qu'il dispose de tout ce dont il a besoin pour assurer son confort et sa sécurité (Lecoursonnois, 2006).

La luminosité de la pièce est importante et peut créer, par l'intermédiaire de rideaux mi-ajourés, des jeux de lumière qui induisent un trouble chez les patients. Un aquarium permet de les défocaliser de leurs pensées négatives et intéresse aussi les enfants. Une cascade d'eau, devant une glace entourée de végétaux, fascine et détourne l'attention. L'atmosphère exotique qui s'en dégage détend rapidement et crée un climat propice au calme. Le choix de l'atmosphère lumineuse a un impact direct sur l'anxiété du sujet par action sur les systèmes sympathique et parasympathique. Au mur, les couleurs rouge, grise, marron ou noire sont perçues comme menaçante et angoissantes. Les teintes douces et pastel sont préférées comme le mauve et le taupe qui symbolisent la paix, la spiritualité et la bienveillance. Le vert fait référence à la nature, au bien-être et à l'espérance, tandis que le bleu est signe de stabilité. Le jaune et l'orange, quant à eux, sont réconfortants car ils évoquent la chaleur, la gaieté et la tranquillité (Lecoursonnois, 2006).

L'ambiance sonore s'ajoute aux stimuli visuels pour renforcer l'imagination. Un CD de bruits de la nature, de musique classique ou de mélodies asiatiques renforce la relaxation. De nombreuses études ont révélé le pouvoir inducteur de la musique dans l'hypotonie musculaire et dans l'état de plénitude qu'elle engendre. Ceci est expliqué par les émotions qu'elle induit, variables selon chacun. Pour potentialiser cette action, les sons choisis doivent être harmonieux et doux.

L'odeur du cabinet est souvent mal aimée car elle est particulière et caractéristique du lieu. Aujourd'hui, de nombreux systèmes de purification de l'air existent permettant de la supprimer et d'en choisir une neutre ou une plus ciblée, avec des huiles essentielles par exemple (citron, vanille...). L'odeur cohérente avec l'ambiance du lieu (île, mer, nature...) crée un environnement sécurisant et homogène, où le patient se sentira, d'autant plus, à son aise (Lecoursonnois, 2006).

Dans la salle de soins, des miroirs et des mobiles fascinent et créent une confusion intéressante afin que les sujets sortent de leur transe négative ou, à l'inverse, entrent en transe positive lors de l'induction hypnotique. Le lâcher-prise sera facilité et la notion du temps sera perturbée, favorisant ainsi la dissociation hypnotique. La réflexion de la lumière à travers des glaces à différents endroits de la pièce, renforce l'impression de fractionnement et de désorientation sensorielle. Toutes les caractéristiques de la salle d'attente sont également valables dans cette pièce. Le mobilier choisi, peut être autre que dentaire. Par exemple, une table de maison moderne avec un vase et des enceintes pour la musique, réconforte le soigné qui y retrouve des repères de son quotidien et de sa maison. La présence de plantes, même artificielles, incitent au repos et encouragent une respiration ample et régulière. Au plafond, dans l'axe du regard du patient allongé, un écran avec des images (vagues, paysages, dessins animés ...) attire et fixe l'attention. Ceci est d'autant plus utile avec les enfants pour les occuper lors du soin. Pour la musique, un choix de CD musicaux mis à la disposition du sujet lui permet de décider de l'ambiance sonore et ainsi favoriser la rêverie et faciliter la dissociation lors de l'hypnose. Un CD d'hypnose, comme celui d'Olivier Lockert, est utile

pour amener doucement le patient en transe. Cela permet au dentiste de préparer son matériel sans être obligé de parler, et ainsi de pouvoir se concentrer, pendant que le sujet écoute attentivement le CD. Le bruit des instruments, souvent incommode, peut être diminué par des écouteurs qui, de plus, renforceront l'isolement sensoriel. Evidemment, cela n'est possible que pour un soin classique ou lors de l'auto-hypnose. En hétéro-hypnose, le praticien ne serait pas entendu. Comme dans le reste du cabinet, les stimuli olfactifs faisant référence au milieu médical (asepsie, eugénol...) seront éliminés au profit d'autres plus agréables (vanille, parfums fleuris...) (Bernard et Musellec, 2013 ; Lecoursonnois, 2006).

Un élément crucial pour instaurer une bonne communication thérapeutique, est la position du bureau du thérapeute et son agencement. En effet, si l'ordinateur cache le praticien, la barrière ainsi créée ne permet pas d'instaurer une bonne relation et un climat de confiance.

La position haute du dentiste confortera le patient dans son anxiété. Celui-ci se sentira inférieur et la peur de perte de contrôle lors du soin en sera augmentée. Pour éviter cette situation, l'ordinateur peut être positionné en diagonale, afin que le sujet puisse éventuellement voir ses radios et mieux comprendre son plan de traitement. Une autre solution consiste à placer les chaises du dentiste et du patient du même côté du bureau. Cette position renforce la sensation d'être partenaires du soins, chacun y contribuant selon son rôle (Bernard et Musellec, 2013 ; Lecoursonnois, 2006).

Afin de renforcer l'image d'un cabinet cohérent et agréable, les tenues vestimentaires de l'équipe soignante peuvent être en harmonie avec la décoration et les couleurs choisies. Si, par exemple, les tons y sont majoritairement orangés et verts, les vêtements seront préférentiellement dans ces teintes plutôt que roses ou rouges. Le patient anxieux sera réconforté par le sentiment de cohésion et d'entente réciproque que dégage le lieu de soin (Lecoursonnois, 2006).

Pour calmer le stress et l'anxiété des patients, l'hypnose est un excellent outil que les praticiens peuvent utiliser de différentes façons (techniques de désensibilisation, d'exposition...) et souvent conjointement avec des exercices de relaxation. Les résultats seront d'autant plus importants et rapides si le cabinet possède une ambiance propice au calme qui sécurise et réconforte.

VIII - Ressenti des praticiens et des patients suite à l'exercice de l'hypnose :

Afin de comprendre les raisons encourageant les praticiens à se former à l'hypnose, et de savoir comment ils la mettent en pratique au quotidien sur leur lieu de travail, mais également chez eux, j'ai réalisé des

questionnaires (annexes 1 et 2). Ceux-ci ont été adressés à des dentistes, mais également à des psychiatres, des chirurgiens, des obstétriciens, et des orthodontistes, répertoriés sur des sites d'hypnothérapie, comme Emergences, Hypnoteeth ou encore Mimethys. Je leur ai demandé s'ils pouvaient en distribuer aux patients en salle d'attente, afin d'appréhender leur connaissance de l'hypnose, leur volonté ou non de tester des soins hypnotisés, ou encore, les sensations éprouvées lors de séances passées.

8.1. Les questionnaires adressés aux praticiens :

L'annexe 1 correspond au formulaire type envoyé aux différents praticiens. Malgré un grand nombre d'envois, seuls une quinzaine me sont revenus. La pratique de l'hypnose n'étant pas encore très répandue en cabinet, sept questionnaires correspondent à des praticiens hospitaliers. Les huit restants ont été remplis par des dentistes libéraux formés à l'hypnose. Cependant, les résultats sont assez homogènes et donnent déjà une bonne idée de leur ressenti par rapport à cette pratique et de ses bien faits.

L'étude des réponses reçues (*Fig. 17*) a montré que ce sont principalement l'amélioration de la relation praticien-patient, ainsi que l'apport personnel et professionnel (auto-hypnose), qui motivent les soignants à se former à l'exercice de l'hypnose. La volonté d'approcher d'autres méthodes plus douces pour diminuer l'anxiété des patients est ensuite représentative, suivie du désir de soulager la douleur grâce aux outils hypnotiques. La participation active du patient au soin précède tout juste l'utilisation pour l'anesthésie générale, qui est minoritaire.

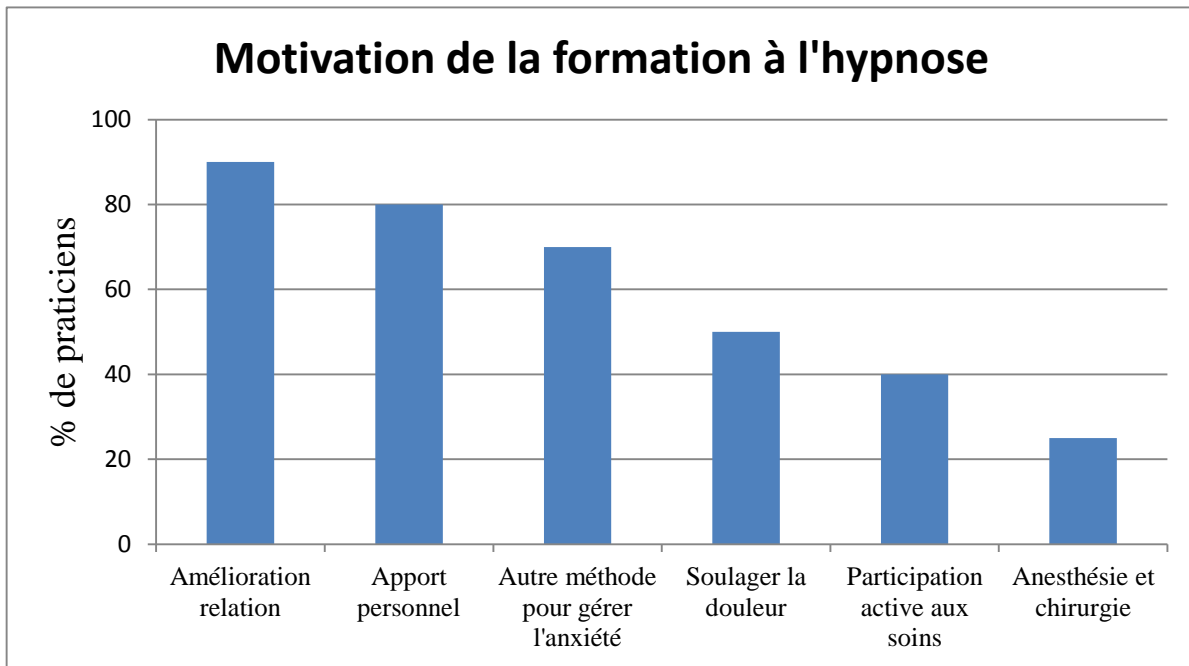


Fig.17 :

Motivation de la formation à l'hypnose.

Les praticiens ont ensuite tous souligné que la pratique est indispensable et que l'expérience s'inscrit dans la durée. Ainsi, pour la majorité, ils pratiquent l'hypnose depuis de nombreuses années (parfois plus de 10 ans), mais disent n'avoir commencé à la maîtriser que plusieurs années après leur formation, selon la fréquence de leur utilisation (Fig. 18). Celle-ci est principalement hebdomadaire, une à quatre fois par semaine, voire quotidienne pour les plus entraînés. Dans ce cas, ils soulignent qu'ils emploient beaucoup l'hypnose conversationnelle au quotidien, plutôt que l'hypnose formelle, plus longue et délicate à mettre en œuvre. La pratique de celle-ci est donc moins régulière, et davantage mensuelle.

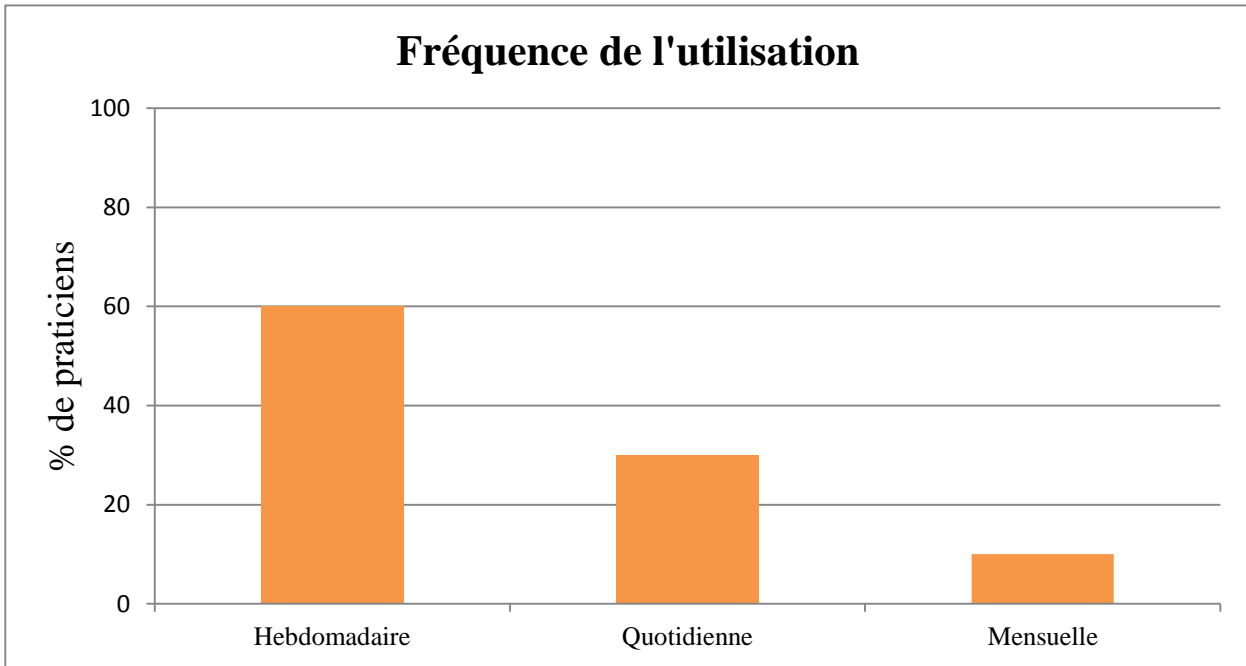


Fig.18 :

Fréquence d'utilisation.

Le recours à l'hypnose (Fig.19) et aux différentes techniques de communication est très dominant pour la gestion du stress, de l'anxiété ou de toutes autres angoisses, peurs et phobies. La douleur aiguë et chronique, ainsi que la chirurgie, sont ensuite énoncées, mais à moindre mesure. Les soins conservateurs et les réflexes nauséux sont bien représentés chez les dentistes. Dans la case « Autres », les troubles du sommeil, le bruxisme, le confort, ou encore la gestion d'un handicap, sont évoqués à plusieurs reprises.

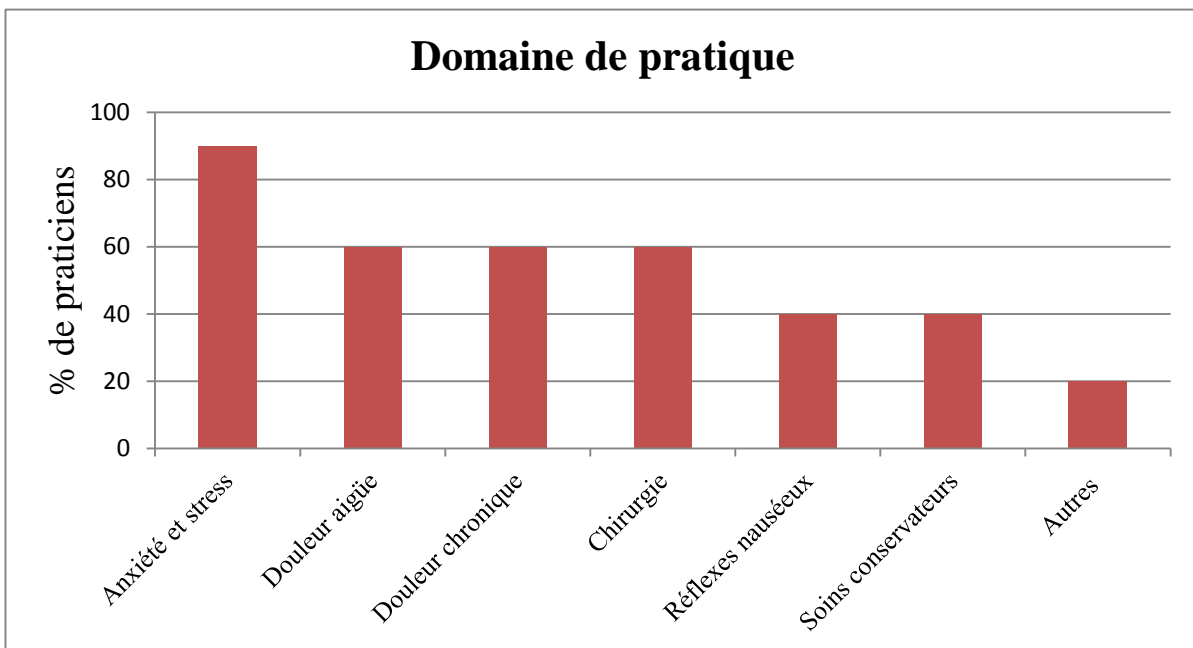


Fig. 19 :

Domaine de pratique de l'hypnose.

L'hypnose est essentiellement utilisée chez les adultes, mais les enfants en constituent ensuite une grande population, tout comme les personnes âgées à qui le praticien fait revivre de bons souvenirs (Fig. 20).

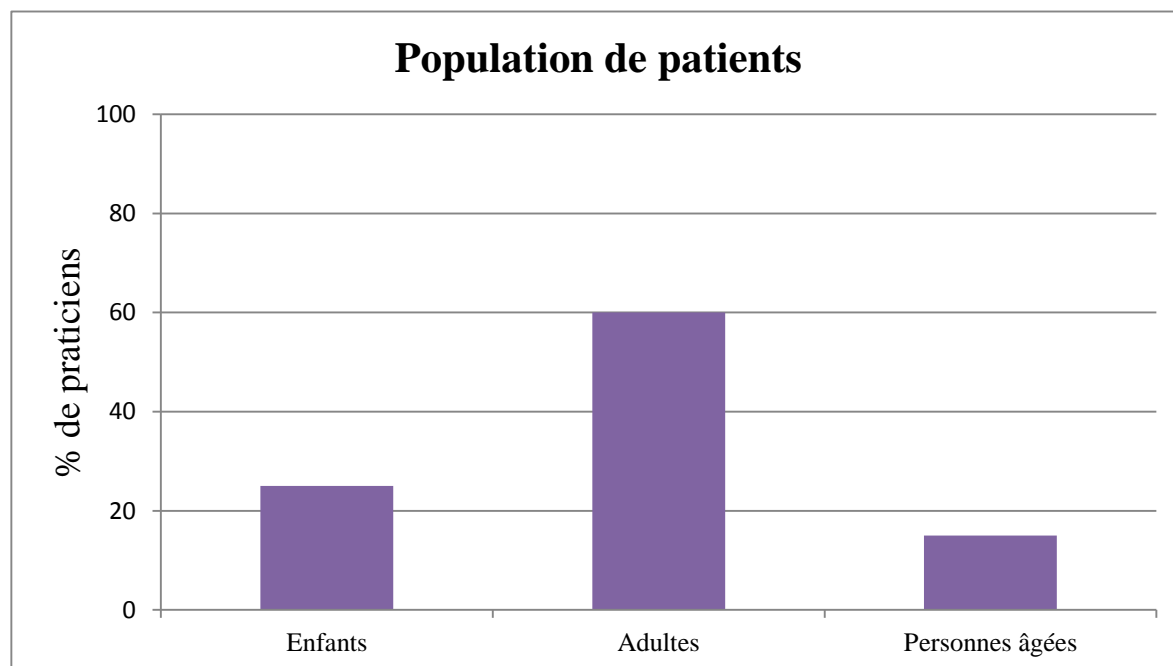


Fig. 20 : Population de patients.

Quant au jugement de leur propre pratique de l'hypnose, les soignants l'évaluent globalement suffisante, tout en désirant en faire davantage au vu des résultats positifs obtenus. Cependant, on ressent une frustration dans certaines réponses, où le manque de temps et la routine qui reprend vite le dessus, sont déplorés. Le manque de validation officielle de la part de l'Ordre des médecins (dentistes ou autres), l'absence de cotation dans la nomenclature, la non législation dans l'exercice de l'hypnose, ainsi que le manque d'études cliniques (notamment en odontologie), freinent également les praticiens.

Afin d'améliorer l'emploi des techniques hypnotiques sur leur lieu de travail, les soignants souhaiteraient des formations supplémentaires et un enseignement dès la faculté, avec des applications lors de stages cliniques. Le désir de sensibilisation des patients et des praticiens est ensuite énoncé, suivi de celui d'une nomenclature adaptée pour la rémunération éventuelle des séances (consultations plus longues, moins rémunératrices au niveau des actes effectués...).

Tous les professionnels de santé interrogés utilisent l'auto-hypnose, essentiellement quotidiennement, et plus généralement lorsqu'ils en ressentent le besoin. Elle leur apporte en premier lieu une meilleure gestion de leur

propre stress, ainsi qu'une amélioration significative de la relation thérapeutique. En effet, eux-mêmes réussissant à gérer leurs émotions négatives et leur stress, ils peuvent dès lors être pleinement à l'écoute de leurs patients. Le bien-être personnel est dans toutes les réponses, comme l'amélioration de l'ambiance entre collègues. La qualité d'écoute et l'attitude plus calme viennent ensuite, quasiment au même niveau (*Fig. 21*).

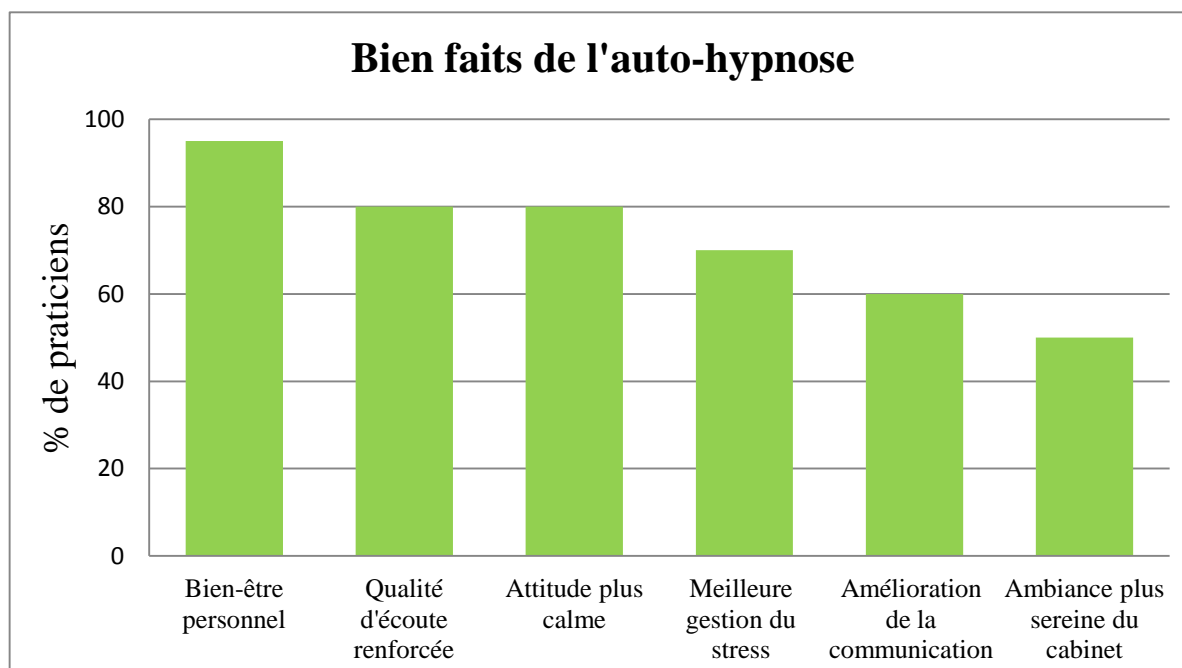


Fig. 21 :

Bien faits de l'auto-hypnose pour les praticiens.

Afin de favoriser les processus hypnotiques, les praticiens ont agencé leur lieu de travail. Néanmoins, pour le personnel hospitalier, cette difficulté est mise en avant, car ils ne disposent pas tous d'une salle de consultation privée. Dans le premier cas, ils choisissent des tableaux ou photos accrochés aux murs, peints avec des couleurs adéquates et cohérentes (jaune, orange, vert, mauve...). Une musique douce permet le plus souvent de créer une ambiance sonore agréable. Les miroirs sont utilisés, mais plus rarement. Les mobiles sont majoritairement présents dans les cabinets dentaires où ils détournent l'attention des patients.

Les assistantes dentaires sont généralement également formées à l'hypnose. Dans le milieu hospitalier cela est plus difficile en raison du personnel important, mais on relève un désir de formation supplémentaire pour créer des équipes plus soudées, travaillant dans le même état d'esprit. Les soins n'en seraient que meilleurs.

Suite à l'étude des réponses des praticiens, il en ressort l'aspect totalement positif de l'utilisation de l'hypnose, que ce soit avec les patients, ou pour soi-même. Aucun des soignants ne regrette de s'être formé à cette pratique, grâce à laquelle ils obtiennent de nombreux résultats positifs (diminution du stress, meilleure ambiance, collaboration avec les soignés...). Les seuls points négatifs évoqués concernent le manque de temps, de formations,

de reconnaissance (pas de Diplôme d'Université comme dans d'autres disciplines : implantologie, chirurgie...) et d'encadrement par la loi. En effet, rien au niveau législatif, ne régleme cette pratique, pouvant la rendre obsolète ou indigne de confiance de la part de la population. Une nomenclature pour revaloriser les actes effectués sous hypnose est également réclamée afin de les favoriser, et de pouvoir y recourir sans crainte du manque de rentabilité (aspect que l'on ne peut négliger, malheureusement, notamment en libéral). Les professionnels de santé interrogés aimeraient tous pouvoir exercer l'hypnose de manière plus courante, et donc plus approfondie, pour augmenter leur maîtrise et leur savoir-faire.

8.2. Les questionnaires adressés aux patients :

L'annexe 2 correspond au formulaire type destiné aux patients des cabinets dentaires ou à ceux des praticiens exerçant l'hypnose.

Une vingtaine de réponse m'a été retournée, certains soignants ne désirant pas les proposer dans leur salle d'attente afin de ne pas attirer « *une patientèle cherchant LA solution à tous leurs problèmes* ». De plus, la pratique de l'hypnose étant souvent juste conversationnelle, ou, celle de l'hypnose formelle, concernant seulement certains sujets, les thérapeutes ne pouvaient pas distribuer ces questionnaires à tout le monde. Sur la totalité recueillie, tous les patients avaient déjà entendu parler de l'hypnose. Pour la majorité, ils l'ont découverte grâce aux médias (hypnose de spectacle, journaux, radio...), et ensuite par leur praticien (dentiste ou autre) (Fig. 22).

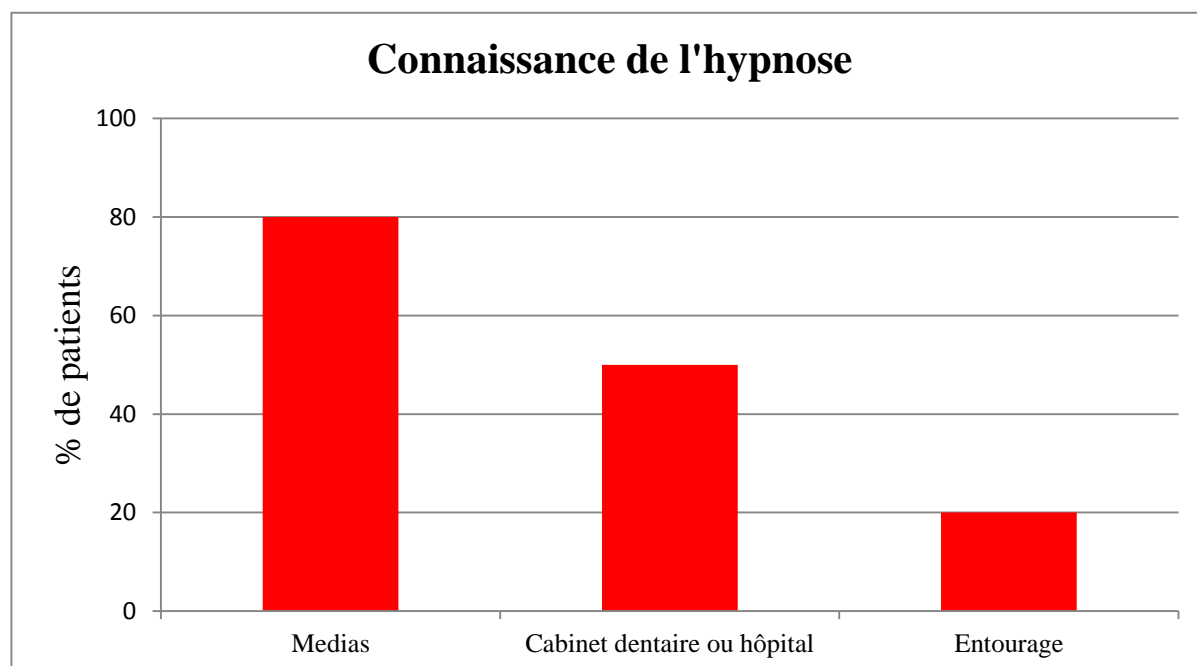


Fig. 22 :

Source de la connaissance de l'hypnose.

Les réponses concernent principalement des personnes qui ont déjà pu expérimenter des soins en étant hypnotisés, et majoritairement dans le but de diminuer leur anxiété lors de visites médicales. L'hypnose a été ensuite testée le plus souvent pour de la chirurgie, locale ou générale. La gestion de la douleur est évoquée en troisième position, suivie, de manière minoritaire, par l'arrêt de tocs ou du tabagisme (*Fig.23*).

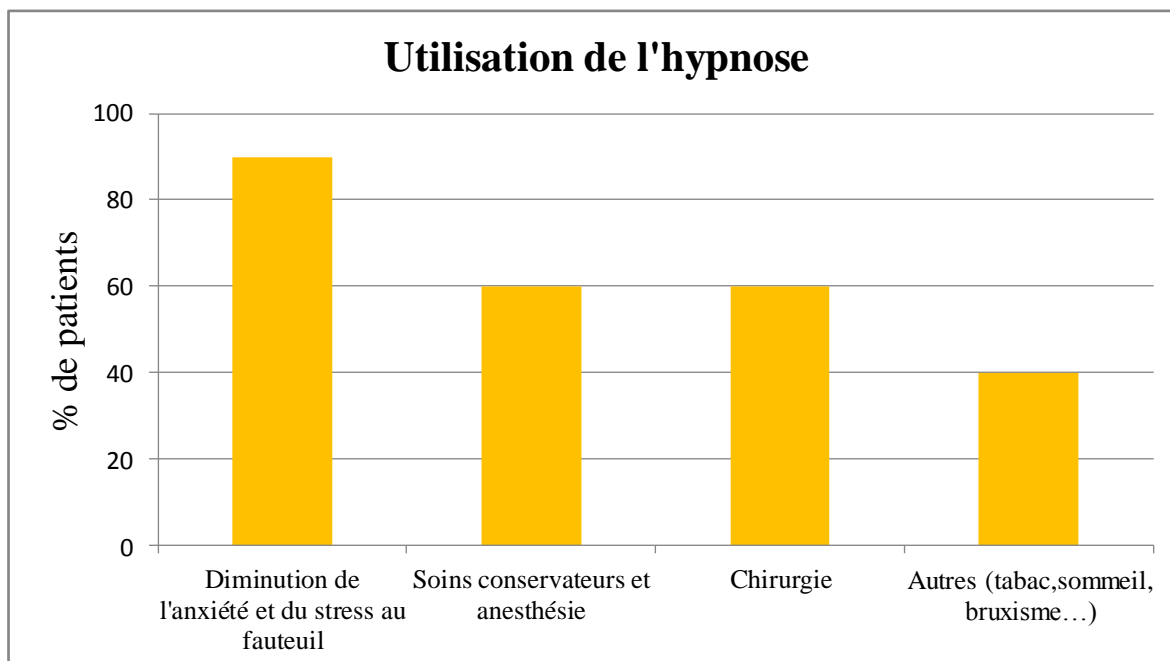


Fig. 23 :

Raisons de l'utilisation de l'hypnose.

La moitié des sujets interrogés déclare pratiquer la méditation, la sophrologie ou la relaxation. Seuls deux d'entre eux ne sont pas attirés par ces outils, n'ayant jamais pu les tester, et donc, les méconnaissant. On note une omniprésence de l'anxiété et du stress lors de rendez-vous médicaux, notamment au cabinet dentaire. Chez le dentiste, la peur d'avoir mal en est la principale raison, suivie de l'angoisse des bruits des instruments. La sensation désagréable de soumission et la peur du matériel inconnu, sont ensuite évoquées à égalité (*Fig. 24*).

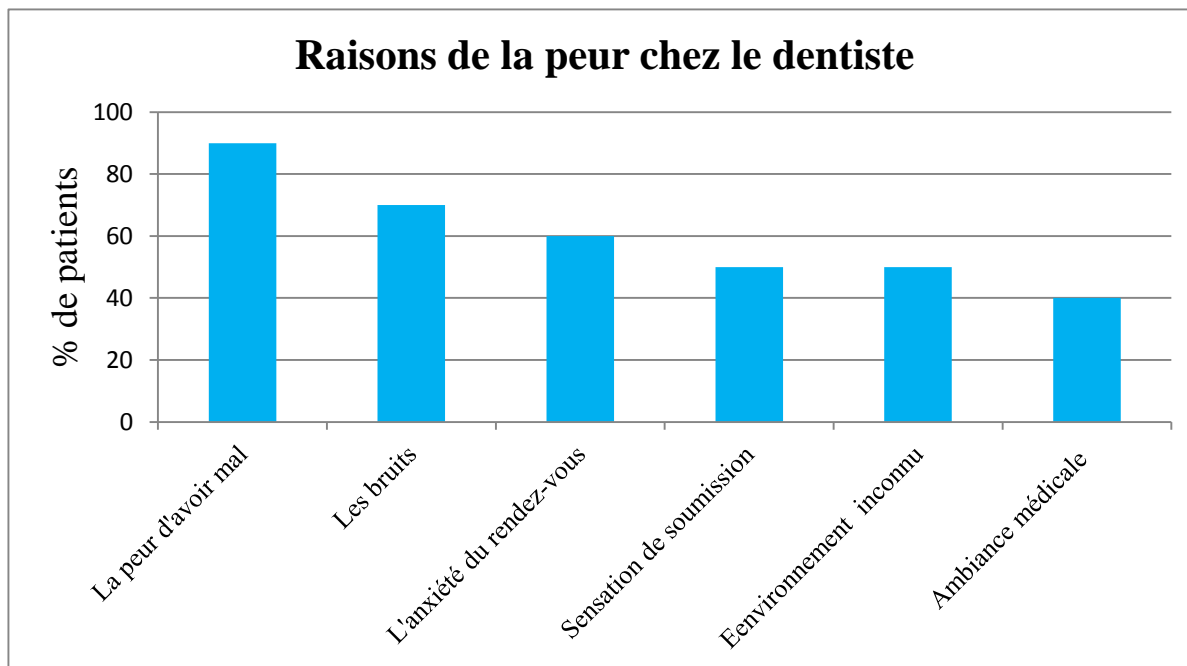


Fig. 24 :

Les raisons de la peur chez le dentiste.

Ce stress est surtout consécutive à un soin qui c'était mal déroulé ou ayant généré une douleur. On note qu'un traumatisme durant l'enfance a, par la suite, des conséquences non négligeables sur l'anxiété du milieu médical.

Afin de diminuer ce stress, seuls deux patients ne sont pas tenter d'essayer l'hypnose. Les autres souhaitent y recourir essentiellement au cabinet avec l'aide de leur praticien. Ceux connaissant l'auto-hypnose, désirent la pratiquer de plus en plus régulièrement pour profiter de tous ses bien faits.

La motivation de tenter un soin hypnotisé (Fig.25), vient principalement de la volonté de diminuer le stress et l'anxiété. Le conseil du praticien participe beaucoup à ce désir de tester l'hypnose, suivi de l'avis des proches du patient. La possibilité de pouvoir être pris en charge différemment et de participer au traitement est ensuite représentatif. Enfin, et à égalité, sont énoncés la lecture de médias sur le sujet, le fait d'être considéré comme une personne et non plus seulement comme un malade, et également le fait de pouvoir diminuer les doses d'anesthésique.

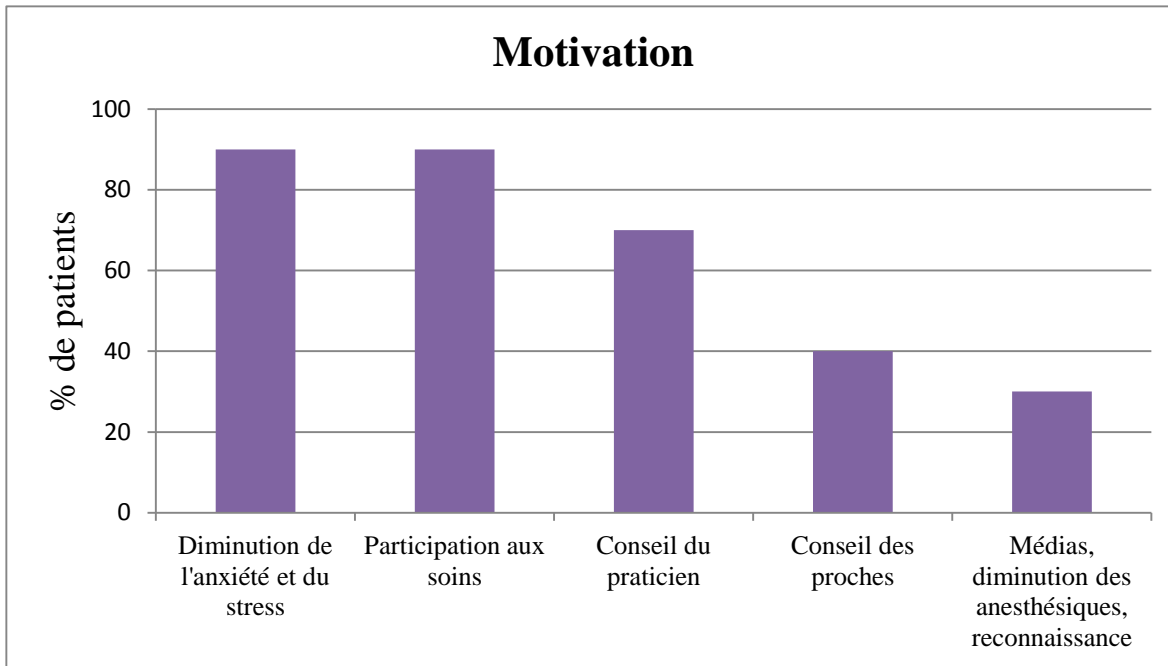


Fig.25 : Motivation à l'essai de l'hypnose.

Les individus ayant déjà été soignés sous hypnose, ont tous senti leur anxiété et leur stress diminuer de manière significative. Ils énoncent la sensation de bien-être et de confort lors de la séance. Un patient a jugé le retour difficile à la réalité, tant il se sentait bien et en sécurité. Un seul point négatif a été évoqué une fois, celui de se détendre dans un environnement non propice au calme (bruits, contexte défavorable...) et la difficulté de se concentrer sur un souvenir ou une émotion positive. Ils désirent tous réitérer l'expérience. Les sensations majoritairement ressenties, et à égalité, sont l'indifférence par rapport à l'environnement, le sentiment de vivre un moment confortable et agréable, ainsi que la perte de la notion du temps. L'engourdissement des membres et des fourmillements sont ensuite énoncés. En dernière position, un sujet a vu son image corporelle modifiée (*Fig. 26*).

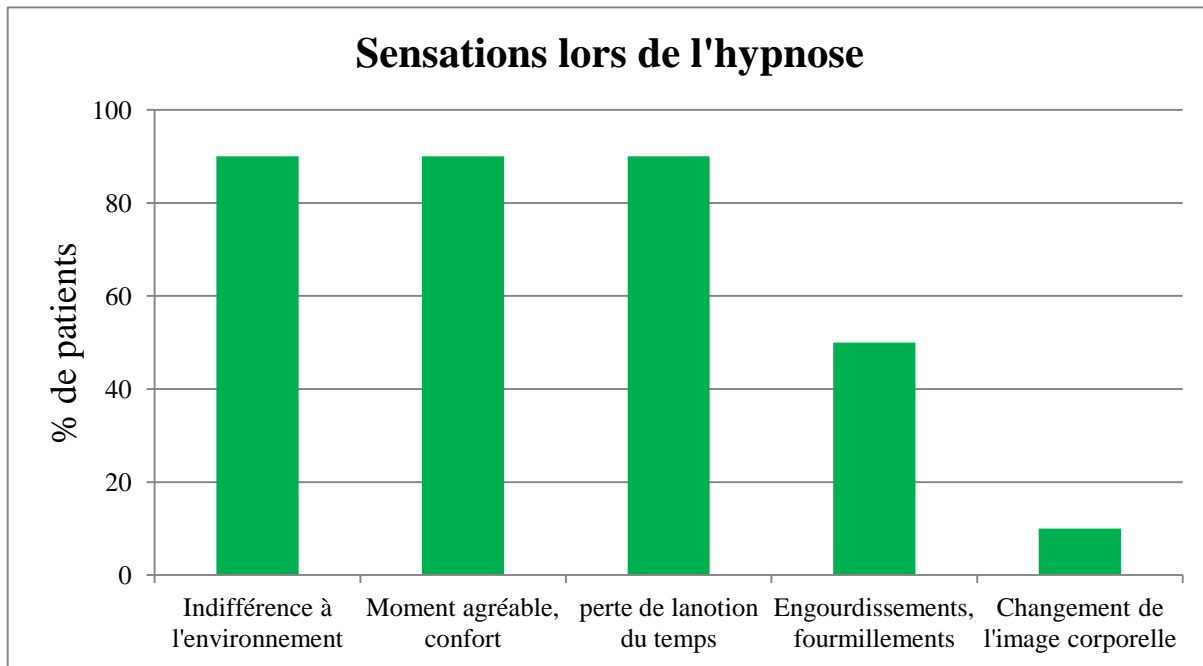


Fig. 26 :

Sensations lors de la séance d'hypnose.

Des idées de suggestions ont été demandées aux patients pour améliorer la pratique de l'hypnose. Ils ont tous montré l'importance de l'ambiance, de la décoration et de l'environnement général du soin, et demandent un apport supplémentaire d'informations. Ils considèrent ces critères comme indispensables pour pouvoir se détendre, et donc, pour assurer la réussite de la séance. Le temps de la consultation est ensuite énoncé (Fig. 27). Il est perçu comme trop court pour pouvoir entrer en transe et profiter pleinement des bénéfices de l'hypnose.

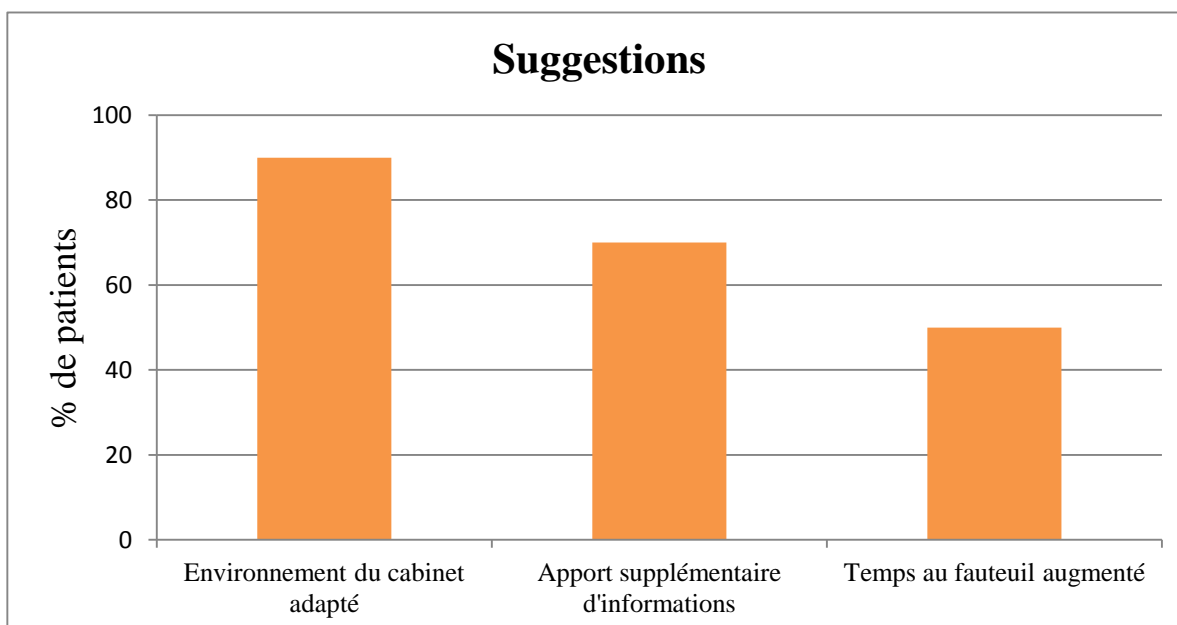


Fig. 27 : *Suggestions pour l'amélioration de la prise en charge par l'hypnose.*

L'analyse de ces questionnaires révèle qu'aucun patient ne regrette d'avoir eu recours à l'hypnose pour un soin. La motivation principale initiale provient de la volonté de diminuer le stress et l'anxiété lors de visites médicales. L'environnement est important et se répercute directement sur la réussite de la séance et le bien-être éprouvé. Tout praticien a donc intérêt à penser l'agencement de son lieu de travail pour le rendre accueillant, cohérent, et ainsi générer un climat de confiance agréable.

Une étude menée en 2004 par le docteur Gauchenot-Potin à l'hôpital de la Sagesse de Rennes, a révélé les deux principales raisons de la motivation des patients pour l'emploi de l'hypnose lors d'une chirurgie. Elles sont tout d'abord la curiosité, puis la possibilité de diminuer le recours aux anesthésiques et leurs effets indésirables. D'autres motifs ensuite évoqués sont le souvenir d'un moment agréable lors d'une précédente séance, le conseil d'un proche, la diminution de l'anxiété ou encore la participation active au soin et le lien spécifique avec le praticien. Ces résultats, bien qu'étant destinés à la chirurgie, sont cohérents avec ceux des questionnaires recueillis (Gauchenot-Potin, 2004).

Conclusion :

Les professionnels de santé apportent de plus en plus d'importance au bien-être du patient, dès lors considéré non plus comme une succession de symptômes, mais bien comme une personne à part entière, ressentant des émotions et des sensations. Pour améliorer la prise en charge médicale et la communication thérapeutique, l'hypnose est un excellent moyen, supplée de nombreux outils de communication, pour activer les ressources internes des sujets. Ceci leur permet de mieux vivre une situation, d'atténuer un stress, une anxiété importante, ou encore une douleur. L'ensemble de l'individu est soigné et pris en compte, aussi bien sa composante corporelle que son entité psychique et émotionnelle. L'hypnose offre la possibilité d'établir une relation avec une personne souffrante, en atteignant ses émotions, en analysant son vécu et en respectant sa personnalité. L'alliance thérapeutique qui se crée majore l'envie de guérir du sujet qui se sent pleinement investi dans le soin. Comme le disait Erickson « *L'hypnose est essentiellement une communication d'idées et de compréhensions, de telle façon que le patient soit le plus réceptif possible et ainsi motivé à explorer ses propres potentialités corporelles. Il pourra ensuite maîtriser ses réponses psychologiques et physiologiques, ainsi que son comportement* ».

Par le confort qu'elle procure aux patients ainsi qu'aux praticiens, cet outil n'est pas à négliger et devient de plus en plus important pour la gestion du stress et de l'anxiété, notamment au cabinet dentaire, où ces deux émotions sont ressenties quotidiennement par le soigné comme par le soignant. Aujourd'hui, tout professionnel de santé peut se former dans différents instituts et selon le métier effectué, aux techniques de communication ainsi qu'à l'hypnose.

Comme le dit le docteur Benhaiem, « *L'hypnose permet de découvrir ses propres limites, et donc d'augmenter les chances de pouvoir aider ceux qui nous consultent* ». L'art médical n'en sera que sublimé et reconnu par les patients (Balken, 2004 ; Benhaiem, 2005 ; Virot, 2008 ; Delaunay et Plantet, 2006 ; Virot, 2013 ; Bernard et Musellec, 2013).

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES, ARTICLES ET THESES

BALKEN J. Hypnose et psychothérapie : Concepts cliniques de Balken. Paris : L'Harmattan;2004:304 p.

BENHAIEM J-M. Hypnose médicale. Paris : Med-Line Editions;2012 sept:266 p.

BENHAIEM J-M. L'hypnose aujourd'hui. Paris : In Press;2005 juin:289 p.

BOURASSA. Hypnose en médecine dentaire. Québec : Méridien;1999.

BERNARD F et MUSELLEC H. La communication dans le soin : Hypnose médicale et techniques relationnelles. Paris : Arnette Blackwell;2013 mars:159 p.

BERNHEIM H. De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille. Paris : L'Harmattan;2004 jan:166p.

BERNHEIM H. Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie, Etudes Nouvelles. Paris : Hardpress Publishing;2013:540.

BIOY A et MICHAUX D. Traité d'Hypnothérapie : Fondements, méthodes, applications. Paris : Dunod;2007 jan:496 p.

CHAHINE N, GOUDART P et VASSELLE G. Mieux communiquer grâce à l'autohypnose : Améliorez vos relations avec : votre partenaire, vos enfants, votre patron, vos collègues. Paris : Oskar Editions;2006 avr:175 p.

COLLECTIF. Petit Larousse 2014. Paris : Larousse;2013 juin:2016 p.

DELAUNAY L et PLANTET E. Difficultés rencontrées pour la mise en place de l'hypnose au bloc opératoire. Annecy : Centre Hospitalier Régional, département d'anesthésie réanimation:2006. [En ligne] <http://> . Consulté le 14/07/14.

DRAKE R-L, VOGUE A et MITCHELL A. Gray's anatomie pour les étudiants. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson;2010 juin:1132 p.

FAYMONVILLE M E, DEGUELDRE C, DEL FIORE G, LAMY M et MAQUET P. Functional neuroanatomy of hypnotic state. Biol. Psychiatry. 1999 fev;45(3):327-333.

FAYMONVILLE M E, LAUREYS S, DEGUELDRE C, DEL FIORE G, LAMY M et MAQUET P. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. Anesthesiology. 2000 mai;92(5):1257- 1267.

GODIN J. La Nouvelle Hypnose : Vocabulaire, principes et méthode. Paris : Albin Michel;1992 nov:457 p.

HAMMOND D C. Hypnosis in the treatment of anxiety and stress-related disorders. Expert Rev Neurother. 2010 fev;10(2):263-273.

HEGEL G W F. Le magnétisme animal: naissance de l'hypnose. Paris : PUF;2005:87 p.

HUTCHISON M. Mega Brain : new tools and techniques for brain growth and mind expansion. Canada : CreateSpace Independent Publishing Platform;2013 oct:202 p.

KOSSLYN S M, THOMPSON W L, COSTANTINI-FERRANDO M F, ALPERT N M et SPIEGEL D. Hypnotic Visual Illusion Alters Color Processing in the Brain. Am J Psychiatry. 2000 août;157(8):1279-1284.

LARROQUE M. Hypnose et Autohypnose. Paris : L'Harmattan;2012 oct:200 p.

LECOURSONNOIS H. Modulation hypno-analgésique de la douleur aiguë au cabinet dentaire. Thèse odontologie. Paris VI:2006.

LONDON P, HART J et LEIBOVITZ M P. EEG Alpha Rhythms and Susceptibility to Hypnosis. Nature. 1968 juil;219(5149) :71-72.

MICHAUX D. Hypnose et Dissociation psychique. Paris : Imago;2006 nov:381 p.

MICHAUX D, HALFON Y et WOOD C. Manuel d'hypnose pour les professions de santé. Paris : Maloine;2007 sept;302 p.

RAINVILLE P, HOFBAUER R K, BUSHNELL M C, DUNCAN G H et PRICE D D. Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. J Cogn Neurosci. 2002 août;14(6):887-901.

RAINVILLE P, DUNCAN G H, PRICE D D, CARRIER B et BUSHNELL M C. Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. Science. 1997 août;277(5328):968-971.

RAINVILLE P et PRICE D D. The neurophenomenology of hypnosis and hypnotic analgesia. Seattle : IASP Press;2004:235-267.

ROSSI E et ROSSI K L. The Neuroscience of Observing Consciousness & Mirror Neurons in Therapeutic Hypnosis. American Journal of Hypnosis. 2006 avr;48(4):263-278.

ROUSTANG F. Qu'est-ce que l'hypnose ? Paris : Minuit;2002 dec:192 p.

SERVANT D, PARQUET P-J. Stress anxiété et pathologies médicales. Paris : Elsevier-Masson;1997:180 p.

TELLEZ M, KINNER D G, HEIMBERG R G, LIM S, ISMAIL A I. Prevalence and correlates of dental anxiety in patients seeking dental care. Community Dent Oral Epidemiol. 2014 oct.

VION-DURY J et BLANQUET F. Pratique de l'EEG : Bases neurophysiologiques. Principes d'interprétation et de prescription. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson;2008 avr:208 p.

VIROT C. Formation Emergences. Rennes;2013.

VIROT C et BERNARD F. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. Rueil-Malmaison : Arnette Blackwell;2010 juin:285 p.

VIROT C. Hypnose, stratégie et psychothérapie. Thèse médecine. Rennes;1988.

VIROT C. Intérêt de l'hypnose dans la prévention du burn-out en chirurgie dentaire. Le Chirurgien Dentiste de France. 2010 oct;1452.

VIROT-BALLAY M. De l'hypnose à l'hypnose. Mémoire de psychologie clinique. Rennes;1995.

SITES INTERNET ET REVUES EN LIGNE

BELLET P. James Esdaile. Audace et préjugés. Un chirurgien « mesmérrien » en Inde. Hypnose & Thérapies Brèves. 2006;N°2. [En ligne] <http://therapies-complementaires.com/category/therapies-psycho-corporelles/hypnose-therapie/revue-hypnose-therapies-breves/>. Consulté le 15/07/14.

- BELLET P.** Liébeault : confession d'un médecin hypnotiseur. *Hypnose & Thérapies Brèves*. 2008 déc;N°11. [En ligne] <http://hypnose.tm.fr/hypnose-therapies-breves-n11-2008-2009>. Consulté le 15/07/14.
- CHARTON E.** Le Magasin pittoresque. Paris;1842. [En ligne] <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/cb32810629m/date>
et
http://www.shutterstock.com/cat.mhtml?searchterm=baquet+mesmer&language=fr&lang=fr&search_source=&safesearch=1&version=llv1&media_type. Consulté le 21/07/14.
- GAUCHENOT-POTIN L.** Hypnose et mémorisation per-opératoire. Congrès AGORA 2004 Rennes. [En ligne] <http://www.hypnoses.com/bibliotheque-hypnose>. Consulté le 14/07/14.
- HAS, HAUTE AUTORITE DE SANTE.** [En ligne] <http://www.has-sante.fr>. Consulté le 18/11/14.
- ROSSI E L et ROSSI K L.** La Nouvelle approche neuroscientifique de la Psychothérapie, de l'Hypnose Thérapeutique et de la Réadaptation : Un Dialogue Créatif avec Nos Gènes. 2008. [En ligne] <http://www.hypnoses.com/bibliotheque-hypnose/freebook-dernest-rossi>. Consulté le 15/04/14.
- SANDRO DEL PRETE.** Illusion d'optique saxophoniste-femme. [En ligne] <http://hypnofamille.weebly.com/illusions-doptique.html>. Consulté le 21/04/14.
- SHULTE M.** Figure illustrant les différentes origines de la peur du dentiste. [En ligne] <http://www.dentophobie.ch/francais/dentophobie-peur-dentiste.html#dentophobie>. Consulté le 24/10/14.
- TURNER CM.** Mesmeromania, or, the Tale of the Tub. *Magazine Cabinet*. 2006;21. [En ligne] www.cabinetmagazine.org/issues/21/turner.php. Consulté le 21/07/14.
- VIROT C.** L'hypnose au quotidien. De la transe spontanée à l'hypnose médicale en anesthésie. Congrès AGORA 2002 Rennes. [En ligne] <http://www.hypnoses.com/bibliotheque-hypnose>. Consulté le 14/07/14.

VIROT C. L'hypnose médicale et son intérêt en pratique quotidienne. Rennes;2008. [En ligne]
<http://www.hypnoses.com/bibliotheque-hypnose>. Consulté le 15/07/14.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire adressés aux praticiens.

Questionnaire adressé aux praticiens

- Qu'est-ce qui vous a motivé à vous former à l'hypnose dans l'exercice de notre profession ?
 - L'amélioration de la relation praticien-patient
 - La participation active du patient au soin
 - D'approcher d'autres méthodes, douces, pour diminuer l'anxiété des patients
 - Pour le soulagement de la douleur
 - Pour l'anesthésie et la chirurgie
 - Pour un apport personnel et professionnel (auto-hypnose)

- Depuis quand la pratiquez-vous ?

- Est-ce une utilisation : Quotidienne
 - Hebdomadaire (1 à 4 fois/semaine)
 - Mensuelle (1 à 3 fois/mois)

- La pratiquez-vous pour : La gestion de l'anxiété, peur, phobie ou angoisse des patients
 - La chirurgie
 - Les soins conservateurs
 - Les réflexes nauséeux
 - La douleur aiguë
 - La douleur chronique
 - En prémédication
 - Autres :

- Et majoritairement pour :

- Chez quel type de patients essentiellement ? : Les enfants
 - Les adultes
 - Les personnes âgées

- Jugez-vous votre pratique de cette activité : Suffisante
 - Insuffisante.

- Avez-vous des suggestions pour développer la pratique de l'hypnose au cabinet ?

**Questionnaire adressé aux patients pour connaître leur
ressenti par rapport à
l'utilisation de l'hypnose en dentisterie**

-Avez- vous déjà entendu parler de l'hypnose ? Oui Non

Si oui : A votre cabinet dentaire Par des proches
 Dans la presse, les médias

- Avez-vous déjà été soigné en utilisant les processus hypnotiques ? Oui Non

Si oui, pour : Diminuer votre anxiété au stress au fauteuil Pour de la chirurgie
 Pour des soins conservateurs (caries...) Autres :
 Pour faire de la prothèse

- Pratiquez-vous la méditation, relaxation ou sophrologie ? Oui Non
Ou êtes-vous attiré par ces techniques de gestion du stress ? Oui Non

- Etes-vous anxieux lors des visites chez votre dentiste ? Oui Non

Si oui : - pour quelle(s) raison(s) ? La sensation de soumission Les bruits
 Les instruments inconnus La peur d'avoir mal
 L'ambiance médicale du cabinet

- depuis quand ? Depuis votre enfance
 Suite à un soin douloureux ou s'étant mal déroulé

- Seriez-vous tenté par l'utilisation de l'hypnose pour diminuer ce stress ? Oui Non

Si oui : Au cabinet avec l'aide de votre dentiste Si non : Par peur de ces techniques
 Seul, chez vous (auto-hypnose) Par méconnaissance
 Vous ne croyez pas en leur efficacité

- Si vous avez déjà testé ces techniques, êtes-vous satisfait de votre expérience hypnotique au cabinet ? Oui : Votre stress, anxiété a diminuer
 Sensation de bien-être, de confort
 Environnement propice à la détente, à l'entrée en transe

Non : Retour à la réalité difficile

Annexe 2 : questionnaires adressés aux patients.

