

UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNEE 2018

2018 TOU3 3048

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

par

Samantha FORTUNÉ

le 21 09 2018

Transe en Dental : Quand le corps nous parle...

Directeur de thèse : Professeur Franck DIEMER

JURY

Président :	Professeur Franck DIEMER
1er assesseur :	Docteur Marie GURGEL-GEORGELIN
2ème assesseur :	Docteur Jean-Noël VERGNES
3ème assesseur :	Docteur Pauline PECQUEUR
4 ^{ème} assesseur :	Docteur Pierre GUTLEBEN



Faculté de Chirurgie Dentaire

➔ DIRECTION

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONOT

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR

Mr HAMEL Olivier

Mr Franck DIEMER

PRÉSIDENTE DU COMITE SCIENTIFIQUE

Mme Cathy NABET

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Muriel VERDAGUER

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr Jean LAGARRIGUE +

Mr Jean-Philippe LODTER +

Mr Gérard PALOUDIER

Mr Michel SIXOU

Mr Henri SOULET

➔ ÉMÉRITAT

Mr Damien DURAN

Mme Geneviève GRÉGOIRE

Mr Gérard PALOUDIER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

Section CNU 56 : Développement, Croissance et Prévention

56.01 ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE et ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE (Mme BAILLEUL-FORESTIER)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE

Professeurs d'Université : Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr. VAYSSE

Maîtres de Conférences : Mme NOIRRIT-ESCLASSAN, Mme VALERA, Mr. MARTY

Assistants : Mme DARIES, Mme BROUTIN

Adjoint d'Enseignement : Mr. DOMINE, Mme BROUTIN, Mme GUY-VERGER

ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE

Maîtres de Conférences : Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL, Mr. ROTENBERG,

Assistants : Mme YAN-VERGNES, Mme ARAGON

Adjoint d'Enseignement : Mme DIVOL,

56.02 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE (Mr. HAMEL)

Professeurs d'Université : Mr. SIXOU, Mme NABET, Mr. HAMEL

Maître de Conférences : Mr. VERGNES,

Assistant : Mr. ROSENZWEIG,

Adjoints d'Enseignement : Mr. DURAND, Mlle. BARON, Mr LAGARD

Section CNU 57 : Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

57.01 CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE (Mr. COURTOIS)

PARODONTOLOGIE

Maîtres de Conférences : Mr. BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN

Maître de Conférences : Mme VINEL

Assistants : Mr. RIMBERT, Mr. ANDUZE-ACHER

Adjoints d'Enseignement : Mr. CALVO, Mr. LAFFORGUE, Mr. SANCIER, Mr. BARRE, Mme KADDECH

CHIRURGIE ORALE

Maîtres de Conférences : Mr. CAMPAN, Mr. COURTOIS, Mme COUSTY
 Assistants : Mme COSTA-MENDES, Mr. BENAT
 Adjoints d'Enseignement : Mr. FAUXPOINT, Mr. L'HOMME, Mme LABADIE, Mr. RAYNALDI,

BIOLOGIE ORALE

Professeur d'Université : Mr. KEMOUN
 Maîtres de Conférences : Mr. POULET, Mr. BLASCO-BAQUE
 Assistants : Mr. LEMAITRE, Mr. TRIGALOU, Mme. TIMOFEEVA, Mr. MINTY
 Adjoints d'Enseignement : Mr. PUISSOCHET, Mr. FRANC, Mr. BARRAGUE

Section CNU 58 : Réhabilitation Orale58.01 DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX (Mr. ARMAND)DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE

Professeur d'Université : Mr. DIEMER
 Maîtres de Conférences : Mr. GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE
 Assistants : Mr. BONIN, Mme. RAPP, Mr. MOURLAN, Mme PECQUEUR, Mr. DUCASSE, Mr. FISSE
 Adjoints d'Enseignement : Mr. BALGUERIE, Mr. MALLET, Mme FOURNIER

PROTHESES

Professeurs d'Université : Mr. ARMAND, Mr. POMAR
 Maîtres de Conférences : Mr. CHAMPION, Mr. ESCLASSAN, Mme VIGARIOS, Mr. DESTRUHAUT
 Assistants : Mr. EMONET-DENAND, Mme. SELVA, Mr. LEMAGNER, Mr. HENNEQUIN, Mr. CHAMPION,
 Adjoints d'Enseignement : Mr. BOGHANIM, Mr. FLORENTIN, Mr. FOLCH, Mr. GALIBOURG, Mr. GHRENASSIA, Mme LACOSTE-FERRE, Mr. POGÉANT, Mr. GINESTE, Mr. LE GAC, Mr. GAYRARD, Mr. COMBADAZOU, Mr. ARCAUTE, Mme DE BATAILLE.

FONCTIONS-DYSFONCTIONS, IMAGERIE, BIOMATERIAUX

Maîtres de Conférences : Mme JONJOT, Mr. NASR, Mr. MONSARRAT
 Assistants : Mr. CANCEILL, Mr. OSTROWSKI, Mr. DELRIEU
 Adjoints d'Enseignement : Mr. AHMED, Mme MAGNE, Mr. VERGÉ, Mme BOUSQUET

Mise à jour pour le 03 septembre 2018

REMERCIEMENTS

Je remercie en premier lieu les Docteurs Barthe, Mocquet et Arama qui m'ont permis de réaliser cette thèse.

Je voudrais adresser ce haïku japonais au jury ainsi qu'à toute ma famille et tous mes amis. Ce poème est ponctué à la fin de chaque vers, d'une image et d'un silence et à la toute fin de ces vers, est offert la plus douce des saveurs, la plénitude de l'eau, le calme et le total silence :

Un vieil étang
Une grenouille saute
Un plop dans l'eau
Matsuo Basho [51] [25]

Je remercie mon compagnon Louis, d'avoir toujours été présent et de m'avoir soutenu dans les épreuves à surmonter.

Je remercie ma famille : mes parents, d'avoir été là indéfectiblement dans chaque moment de la vie ; mes grands-parents pour leur inébranlable soutien ; ma tante et mon oncle qui ont semé plein de pierres me permettant d'avancer toujours plus loin. Je remercie également ma sœur de m'avoir apporté sa joie de vivre et son humour.

Je remercie ensuite mes amis.

Tout d'abord ma binôme, Théophane, avec qui nous sommes parvenues à nous synchroniser durant les soins. Elle a accepté de me suivre dans cette folle aventure qu'est l'hypnose, et nous avons démarré les séances sur les patients ensemble. Je la remercie pour sa présence et son soutien qui m'ont beaucoup apporté.

Je remercie Aude, qui a également été là à chaque moment de toutes ces années. Ensemble, nous avons pu surmonter chaque étape et en apprendre toujours plus sur ce beau métier.

Je remercie Aurélien, mon binôme de TP, qui nous apporte à tous sa joie de vivre et son rire et qui m'a fait découvrir ces superbes animaux que sont les diamants mandarins.

Je remercie Marion, qui nous a rejointe dans cette belle aventure qu'est l'hypnose et sans qui cette aventure n'aurait pas été la même grâce à de belles plages de rire.

Je remercie Simon, qui nous permet de passer de grands moments d'humour à chaque retrouvaille tous ensemble.

Je remercie également tous ceux qui ont été présents (Claire, Charlotte, Guilhem, mes amis du lycée et toutes ces personnes que je ne mentionne pas mais auxquelles je pense et m'ont permis d'arriver au stade où j'en suis maintenant, je les remercie de tout cœur.

A notre Président du Jury et Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur **DIEMER Franck**

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- D.E.A. de Pédagogie (Education, Formation et Insertion) Toulouse Le Mirail,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Responsable du Diplôme Inter Universitaire d'Endodontie à Toulouse,
- Responsable du Diplôme universitaire d'hypnose
- Co-responsable du diplôme Inter-Universitaire d'odontologie du Sport
- Vice- Président de la Société Française d'Endodontie
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Nous tenions tout d'abord à vous remercier d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse, et
d'avoir accepté d'être le président du jury.

Nous tenions également à vous remercier de nous avoir enseigné l'hypnose au travers
d'optionnels et du DU hypnose et de nous avoir fait entrer dans cette belle aventure qui nous
permet jour après jour de nous épanouir dans ce métier.

Nous vous adressons ce poème de Baudelaire ressemblant à une transe hypnotique :

Élévation

Au-dessus des étangs, au-dessus des vallées,
 Des montagnes, des bois, des nuages, des mers,
 Par-delà le soleil, par-delà les éthers,
 Par-delà les confins des sphères étoilées,
 Mon esprit, tu te meus avec agilité,
 Et, comme un bon nageur qui se pâme dans l'onde,
 Tu sillones gaiement l'immensité profonde
 Avec une indicible et mâle volupté. [...]

Heureux celui qui peut d'une aile vigoureuse
 S'élancer vers les champs lumineux et sereins ;
 Celui dont les pensées, comme des alouettes,
 Vers les cieux le matin prennent un libre essor,
 – Qui plane sur la vie, et comprends sans effort
 Le langage des fleurs et des choses muettes

Baudelaire, *Les Fleurs du Mal* [50]

A notre Jury de Thèse :

Madame le Docteur **GURGEL-GEORGELIN Marie**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Doctorat d'Université
- Université d'Auvergne
- Clermont I,
- Ancienne Interne des Hôpitaux,
- D.E.A. MASS Lyon III,
- Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicale

Nous tenions à vous remercier de votre participation à ce jury de thèse, ainsi que de
l'enseignement que vous nous avez prodigué tout au long de ces années
d'étude en clinique.

Nous vous adressons cette citation de Milton Erickson nous montrant l'intérêt de
l'hypnose et la beauté de la nature:
"Avez-vous remarqué que chaque brin d'herbe est d'un vert différent ?". Erickson[14]

A notre Jury de Thèse :

Monsieur le Docteur **VERGNES Jean-Noël**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Epidémiologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill –Montréal, Québec – Canada,
- Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales,
- Master2 Recherche – Epidémiologie clinique,
- Diplôme d'Université de Recherche Clinique Odontologique,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Nous tenions à vous remercier d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse, ainsi que de l'enseignement que vous nous avez prodigué durant toutes ces années d'étude, autant à la faculté qu'en clinique.

Nous vous adressons cette citation de Milton Erickson exposant sa vision de l'hypnose :

« On utilise l'hypnose non pas comme un remède, mais comme un moyen de créer un contexte favorable pour apprendre.» Erickson [34]

A notre Jury de Thèse :

Madame le Docteur **BOILLON-PECQUEUR Pauline**

- Assistant Hospitalo-Universitaire d'Odontologie
- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Master 1 d'Anthropologie
- Lauréate de l'université Paul Sabatier

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse, ainsi que de l'enseignement que vous nous avez dispensé durant toutes ces années d'étude.

Nous vous adressons cette citation de Jacques Prévert jouant avec les mots :
« Il y a des gens qui dansent sans entrer en transe, et il y en a d'autres qui entrent en transe sans danser. Ce phénomène s'appelle la transcendance, et dans nos régions, il est fort apprécié. » Jacques Prévert [31]

A notre Jury de Thèse :

Monsieur le Docteur **GUTLEBEN Pierre**

- Docteur en chirurgie dentaire
- D.U d'implantologie de la faculté de chirurgie dentaire de Toulouse
- D.U d'hypnose médicale de la faculté de médecine de Toulouse

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse, et d'avoir partagé vos connaissances sur l'hypnose avec nous. Nous vous remercions également pour votre participation à cette thèse à l'aide de deux vidéos qui ont été analysées.

Nous vous adressons cette citation de Blaise Pascal sur la méditation :
« La méditation est une conscience claire de tout événement, un souffle apaisé, un accord avec le monde. » Blaise Pascal [52]

Table des matières

Introduction	13
Partie I : L’Hypnose et le langage non-verbal	15
I.1. Hypnose.....	15
I.1.1. Définition de l’hypnose	15
I.1.2. Etapes d’une séance d’hypnose	16
I.1.3. M. H. Erickson.....	18
I.1.4. La place de l’inconscient	19
I.1.5. Intérêts en odontologie	22
I.1.6. Indicateurs d’un patient sous hypnose : comment voit-on qu’un patient est sous hypnose ?	23
I.2. Le langage non-verbal	24
I.2.1. Définition.....	24
I.2.2. Théories	27
I.2.3. L’observation.....	30
I.2.4. Synchronisation avec son patient.....	33
I.2.5 Inductions par utilisation du langage non-verbal.....	34
Partie II : Application clinique de soins dentaires sous hypnose	40
II.1. Mon parcours en Hypnose	40
II.2. Analyses du langage non-verbal dans la pratique dentaire	43
II.2.1. Introduction	43
II.2.2. Matériels et Méthodes	44
II.2.3. Résultats	47
II.2.4. Discussion	81
Conclusion	84
Bibliographie	86

Table des figures :	89
Glossaire :	91
Annexe 1	94
Annexe 2	99

Introduction

Milton Hyland Erickson, fondateur de l'Hypnose indirecte, énonçait dans sa pratique de l'hypnose¹³ médicale la règle des trois O : « *Observer, Observer et Observer* ». En effet pour lui l'Observation était la base de toute pratique hypnotique. Selon le traité pratique de l'hypnose [11], co-écrit par Erickson et Rossi, Erickson était un fin observateur et a développé ce talent toute sa vie durant. Il enseignait d'ailleurs cet art tout en précisant bien à ses élèves de ne pas avoir d'idées préconçues sur leurs patients. L'hypnose est excellente pour développer ses capacités d'observation et l'observation est un élément indispensable à l'hypnose, ainsi qu'à toute pratique thérapeutique. Dans un article publié avec Ernest Rossi en 1977, il déclare : « *quand il y a une question cruciale à propos d'un patient et que je ne veux pas passer à côté du moindre détail, j'entre en transe*⁴⁰ ». [6, 13] Il dira également dans un de ses livres *My voice will go with you* : « *I go into trances so that I will be more sensitive to the intonations and inflections of my patients' speech. And to enable me to hear better, see better* » [14] La transe auto-hypnotique² lui permet ainsi de mieux percevoir les messages subliminaux²¹ qu'envoient les patients.

L'observation est omniprésente dans notre pratique de tous les jours, afin de communiquer avec les personnes nous entourant. Pour communiquer nous utilisons donc le langage verbal¹⁷ et le langage non-verbal, les deux étant indissociables.

En tant qu'humain, nous avons un besoin instinctif de communiquer avec nos semblables. Une étude à Harvard se déroulant sur 70 ans a d'ailleurs montré que ce qui faisait une vie réussie était d'avoir eu des relations de qualité avec autrui car elles permettent de se sentir mieux, en meilleure santé, d'avoir un meilleur moral. Et ces relations se forgent par la communication [39].

Dans notre métier, nous créons constamment des relations avec de nombreuses personnes, de nombreux patients, et ces relations doivent être de qualité pour que le soin puisse se développer dans de bonnes conditions.

Nous devons donc savoir communiquer avec nos semblables et savoir les comprendre, en décryptant leur langage verbal mais également leur langage non-verbal.

L'analyse de ce comportement non-verbal est donc primordial pour chaque dentiste et d'autant plus quand il utilise l'hypnose car c'est la seule manière de monitorer son patient lors de la séance d'hypnose et de soins. En effet, en dentaire, le patient se retrouve dans

l'incapacité de parler pendant le soin, ce qui donne du poids à cette analyse afin de mieux comprendre et appréhender le patient qui se trouve en face de nous et que nous allons soigner. Le corps, a d'ailleurs dans notre société, pris une place de moins en moins importante. Ainsi nous pouvons citer Descartes qui disait bien « *cogito ergo sum* » (« *je pense donc je suis* »).[10] L'esprit a donc une place très importante dans notre société. Nous pouvons le voir dans la plupart des formations d'hypnose qui apprend surtout les mots à employer et les formulations, mais très peu le langage du corps. Nous pouvons alors nous demander : Quelle place l'expression du corps occupe dans l'hypnose médicale dentaire ?

Nous allons donc observer le langage non-verbal dans la pratique de l'hypnose lors de soins dentaires. Le langage verbal ne sera ici pas analysé mais nous nous appuyerons dessus.

Dans une première partie théorique, nous établirons, dans un premier temps, l'état de l'art de l'Hypnose et du langage non-verbal tel que nous le connaissons à l'heure actuelle et qui se développe de plus en plus dans les cabinets de soins. Nous pourrions définir ce qu'est l'hypnose ainsi que sa place dans l'histoire. Nous établirons les étapes à suivre pour réaliser une transe. M. H. Erickson sera la référence phare de cet exposé sur lequel nous nous sommes basés pour créer ce projet. Nous parlerons alors de son histoire et de sa philosophie hypnotique, ainsi que de la place qu'il a laissée à l'inconscient¹⁵ dans l'hypnose. Nous exprimerons l'intérêt de l'hypnose dans le domaine qui nous intéresse qui est l'art odontologique et les indices qui montrent qu'un patient est sous hypnose. Nous détaillerons, par la suite, ce qu'est le langage non-verbal à travers des classifications, des théories comme celle d'Ekman que nous utiliserons pour la suite de cette thèse. Enfin nous expliquerons les techniques de Jeffrey Zeig et Milton Erickson en ce qui concerne les inductions¹⁶ à l'aide du langage non-verbal ainsi qu'un autre hypnothérapeute¹⁴ connu, Gaston Brosseau.

Dans une deuxième partie, nous exposerons mon parcours de l'hypnose au fil de mes études et son application en dentaire. Nous allons ainsi analyser des vidéos de patients sous hypnose, lors du pré-talk²⁸ (avant l'induction), pendant la transe et au réveil³⁴ (post-hypnotique). Nous introduirons tout d'abord cette étude, puis nous exposerons le matériel utilisé ainsi que la méthode mise en place pour ce faire. La méthode a utilisé plusieurs critères du langage non-verbal que nous développerons dans cette étude. Nous exposerons ensuite les résultats de ces analyses, et nous discuterons de ces résultats afin d'en établir une conclusion sur la place du langage non-verbal au sein d'un cabinet dentaire.

Partie I : L'Hypnose et le langage non-verbal

I.1. Hypnose

I.1.1. Définition de l'hypnose

L'hypnose est un état de conscience modifié¹¹ (comme il en existe de nombreux : rêve, transe, relaxation, expérience mystique, méditation...) qui revêt certains attributs physiologiques particuliers et comporte les techniques qui permettent d'aboutir à cet état.

La « transe hypnotique » est une modification de la vigilance normale (celle qui nous permet de raisonner et de vivre au quotidien). Sous hypnose notre cerveau se met à produire lui-même des images, sensations etc... en puisant dans l'inconscient.

En outre, contrairement à l'état de vigilance normale, où l'attention embrasse de nombreux centres d'intérêt en même temps et passe rapidement de l'un à l'autre, elle est concentrée, en hypnose, sur un sujet beaucoup plus restreint. C'est ainsi que, peu à peu, la personne hypnotisée oublie la réalité extérieure pour entrer dans une réalité intérieure, mais qu'elle vivra comme extérieure.

La seule exception est la voix de l'hypnotiseur qui est extérieure et continue à être entendue. Ses mots deviennent un stimulus très particulier qui augmente le pouvoir de la suggestion³⁶. Celle-ci provoque alors des changements psychologiques ou physiologiques inhabituels (disparition immédiate de douleurs aiguës ou d'un eczéma, etc.). Le conscient⁸ va devenir un observateur et l'inconscient sera alors l'observé : l'observateur étant de moins en moins présent au fur et à mesure que la profondeur de la transe augmentera.

Dans les années 1920, Erickson, un psychiatre et psychologue américain, a joué un rôle important dans le renouvellement de l'hypnose clinique en consacrant de nombreux travaux à l'hypnose, et a fondé ainsi l'hypnose Ericksonienne.

Il pense que le patient possède tous les outils nécessaires pour guérir, grâce à son inconscient, l'hypnotiseur est alors seulement un guide vers cette guérison. [22] [23] [30]²³

Jacques-Antoine Malarewick compare l'hypnose à une maison entouré d'un jardin. Il y a un chien dans ce jardin. Le chien représente la conscience du patient. Et le but de l'hypnotiseur est de pénétrer dans ce jardin en occupant le chien, en lui donnant « un os » afin qu'il ne voit pas que l'on pénètre dans la maison. La maison représentant alors l'inconscient du patient.

Notre but sera alors de déplacer des meubles dans cet inconscient afin d'aboutir au but escompté. La porte de la maison non fermée représente la confiance que l'individu porte envers son thérapeute. Les « os » que l'on apporte dans notre sac à dos en rentrant dans le jardin et donc dans le champ de la psyché³⁰ de l'individu en face de nous représentent toutes les compétences conscientes et inconscientes que nous possédons et que nous avons de manière innée ou acquises en apprenant l'hypnose par exemple. [23]

Ainsi l'apprentissage de l'hypnose comme nous le verrons dans la suite de cette thèse, nous permet de mieux communiquer avec notre patient et de le rassurer afin que nos soins se passent du mieux possible tant pour le conscient de notre patient que pour son inconscient. Le métier de dentiste est également un métier où nous touchons le patient, où la part inconsciente est donc également touchée, c'est pourquoi nous entendons souvent que les patients sont « traumatisés » [7] par le dentiste car l'expérience part directement dans leur inconscient.

I.1.2. Etapes d'une séance d'hypnose

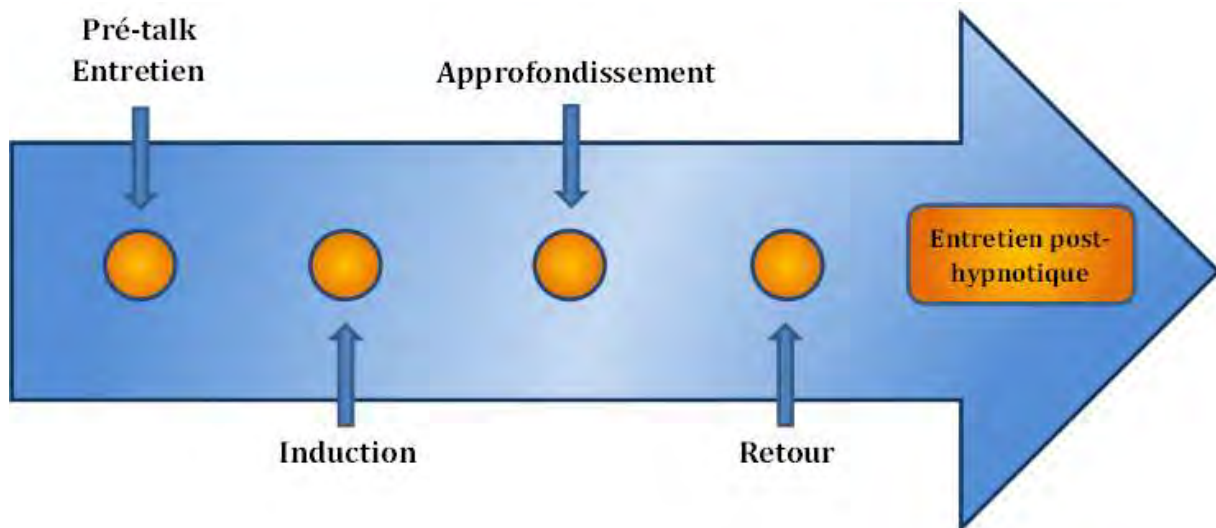


Figure 1 : Etapes d'une séance d'hypnose

[22] [23] [30]

Le Pré-talk

C'est la communication entre le patient et le praticien. C'est à ce moment-là que le praticien peut se synchroniser³⁵ avec son patient, et écouter les doléances et le motif de consultation du patient. On peut également définir le canal sensoriel⁶ du patient et surtout il faut être positif.

L'Induction

C'est une dissociation¹⁰ entre le conscient et l'inconscient du sujet. Il existe ainsi plusieurs niveaux de dissociation : la dissociation entre le conscient et l'inconscient qui est la prédominante, la dissociation entre le corps et l'esprit, la dissociation entre le verbal et le non-verbal, la dissociation droite-gauche, la dissociation entre le corps et une partie du corps etc. Toute dissociation créée permet ainsi au patient de partir en état modifié de conscience, et une association de ces différentes dissociations lui permet de basculer en état de transe hypnotique qui peut ainsi être maintenu.

L'Approfondissement

La transe hypnotique est donc maintenue par différentes suggestions que donne le thérapeute afin de maintenir cet état modifié. Un paysage ou lieu structuré peut être utilisé pour les patients n'ayant pas l'habitude d'être en transe car cela rassure leur partie consciente. Une fois que le patient et sa partie consciente sont habitués et rassurés dans cet état, un maintien déstructuré peut être réalisé, ce qui permet à l'inconscient de pleinement se libérer. Une fois que le patient sera bien familier avec l'hypnose et qu'il pratique lui-même l'auto-hypnose, le maintien n'est plus nécessaire, le patient pouvant se maintenir lui-même en hypnose.

La Réassociation (1^{ère} phase du retour)

La réassociation³² est un aspect essentiel d'une séance d'hypnose afin que le patient puisse rétablir les unités dissociées et revenir dans l'ici et maintenant sans se sentir « la tête dans les nuages », car l'on peut se sentir « mal », « pas dans la réalité ». Il est donc important d'avoir un aspect symétrique entre dissociation et réassociation.

Le Réveil (2^e phase du retour)

Le réveil est la phase où le patient revient justement dans la réalité après avoir effectué les différentes réassociations. Il faut donc bien faire bouger le corps du patient afin qu'il se réassocie dans celui-ci. Parfois réveil et réassociation ne sont pas distingués.

La phase de vérification du retour

Le praticien doit ainsi bien vérifier que le patient est bien revenu dans la réalité et qu'il se sent « bien », que son expérience a été « confortable ». Il faut donc vérifier tous les signes émis par le patient afin d'effectuer cette vérification, tant au niveau du verbal que du non-verbal.

Par la suite, des suggestions post-hypnotiques seront émises au patient afin de potentialiser les effets de l'hypnose pour atteindre le but recherché.

I.1.3. M. H. Erickson

Nous allons ici parler de la vie de Milton Hyland Erickson qui explique l'utilisation des différentes techniques qu'il utilise en hypnose pour ses thérapies ainsi que le développement de ses facultés d'observations exceptionnelles.

Milton Hyland Erickson, psychologue et psychiatre américain, est né le 5 décembre 1902 à Aurum dans le Nevada et est décédé le 25 mars 1980 à Phoenix en Arizona. Il est le pionnier de l'hypnose dite « éricksonienne » ou hypnose indirect et a consacré de nombreux travaux à la recherche de l'hypnose thérapeutique. Il a eu une enfance difficile où il est diagnostiqué dyslexique et daltonien. Il choisit le « *pourpre* » comme étant sa couleur préférée car elle est très peu utilisée. Il a donc des difficultés d'apprentissage et utilisera par la suite l'apprentissage lors de ses séances d'hypnose pour les utiliser comme inductions. [11] [38]

A l'âge de 17ans, M. H. Erickson contracte une forme grave de poliomyélite²⁷ Il entend, à ce moment-là, le médecin dire à sa mère qu'il ne lui reste plus qu'une journée à vivre. Il demande alors à sa mère de déplacer le lit pour pouvoir regarder le coucher de soleil. Il vivra alors ce qu'il comprendra être une expérience d'autohypnose, au cours de laquelle il ne voit que le coucher de soleil et fait abstraction de tout le reste autour. Il fait alors un coma de trois jours d'où il en sort totalement paralysé, seul ces yeux bougent et son ouïe est très fine. [38]

Il meuble alors son ennui par des jeux d'observation et développe une capacité à percevoir les signes non-verbaux émis à la limite du seuil de perception. Il observera notamment sa petite sœur qui apprendra à marcher, en observant les techniques qu'elle mettait en place pour son apprentissage. Il comprend alors que parfois les langages non verbal et verbal peuvent être contradictoires. « *Elles pouvaient dire « oui » et penser « non » en même temps [...] j'ai commencé à étudier le langage non verbal et le langage corporel.* »

Il utilise alors la visualisation pour se rééduquer et redécouvre par lui-même les techniques et phénomènes de l'hypnose et la manière de les utiliser à des fins thérapeutiques.

Il raconte : « *Je ne pouvais même pas dire où se trouvaient mes bras et mes jambes dans mon lit. C'est ainsi que j'ai passé des heures à essayer de localiser ma main, mon pied, ou mes orteils, en guettant la moindre sensation, et je suis devenu particulièrement attentif à ce que*

sont les mouvements ». Il découvre alors la théorie de Bernheim, les phénomènes idéo-moteurs²⁵: « *la seule pensée du mouvement peut produire l'expérience réelle du mouvement corporel automatique* ». Ainsi en visualisant le mouvement et en se le répétant mentalement, il réussira alors à retrouver une grande partie de sa motricité. Les phénomènes étaient, au début, inconscients pour, par la suite, devenir de plus en plus conscients. Mais il gardera de nombreuses séquelles douloureuses de la poliomyélite, il marchera alors difficilement toute sa vie. Il combattra ses douleurs chroniques par visualisations hypnotiques.

Il aura une rechute de la poliomyélite à 51 ans. [23] [38]

Des différents handicaps vécus dans sa vie, il y voit des avantages et comprend alors que même dans des situations désespérées l'espoir fait naître de grandes possibilités. Une simple idée peut faire naître l'espoir chez une personne et cet espoir se développe, fleurit dans l'esprit pour guérir et apaiser. [38]

Il est dit que durant ses conférences, Erickson utilisait autant le verbal que le non-verbal, comme le dit Lynn Hoffman dans la préface de "*My Voice Will Go to You*", "*le discours écrit ne peut en effet, rendre compte des pauses, des sourires, ses regards perçants dont Erickson ponctuait ses narrations, pas plus que ne peuvent s'écrire sa maîtrise de la voix et du timbre*". [32] [38]

I.1.4. La place de l'inconscient

Nous allons voir ici trois visions de l'inconscient, qui sont importantes à connaître si nous voulons comprendre le fonctionnement de l'hypnose.

I.1.4.1. Schopenhauer

Commençons par la vision peu connue de l'inconscient d'Arthur Schopenhauer, qui est également une des plus ancienne. Il est un philosophe allemand à cheval entre le XVIIIe et le XIX e siècle. Pour lui l'inconscient n'est pas une entité psychique mais tout ce qui n'appartient pas au domaine de la conscience. Ainsi s'applique tous les processus perceptifs²⁹ provenant d'un effet sensoriel donné, les passions, les jugements, les refoulements, les processus de pensée qui déterminent l'action humaine, qu'il appelle également « *Volonté* ».

Le statut de la Volonté est donc pour lui une « *tendance métaphysique fondamentale inconsciente qui s'exprime à la fois dans le corps et dans l'esprit* ». [53]

I.1.4.2. Freud

La théorie freudienne est la plus connue et explique la place de l'inconscient dans le psychisme. Contrairement à Schopenhauer, Freud voit l'inconscient comme une entité psychique à part entière.

Freud élabore la théorie selon laquelle l'appareil psychique est composé de trois instances en interrelation : l'inconscient, le préconscient et la conscience.

Le système conscient est l'élément périphérique de l'appareil psychique ; il reçoit toutes les informations venant de l'extérieur et les envoie dans l'appareil psychique.

Le préconscient, composé du surmoi et du moi, regroupe tous les éléments qui ne sont pas présents dans la conscience d'un individu. Il permet à notre conscience de se concentrer sur certaines tâches sans être parasitée par des éléments indésirables. Il nous permet de nous adapter à la réalité du monde extérieur.

Le Surmoi (ou idéal du moi) est le censeur : il correspond à notre conscience morale, à l'ensemble des interdits. C'est par lui que s'effectue le refoulement des désirs et des pulsions, ce qui peut provoquer des névroses.

Le Moi représente une organisation cohérente psychique et se constitue progressivement au contact de la réalité. C'est la personnalité de l'individu. Il met en place les mécanismes de défense pour se préserver des conflits entre les pulsions et les désirs du ça et les interdits du surmoi, c'est pourquoi c'est de ce Moi que partiraient les refoulements.

Enfin le Ça correspond à l'inconscient ; c'est le siège des désirs et des pulsions refoulés. L'inconscient, composé du ça et du surmoi, contient le pôle pulsionnel²⁶ de la personnalité et est régi par le principe de plaisir.

Le psychisme a été comparé à un iceberg : seul le neuvième de la masse d'un iceberg est visible ; les huit-neuvièmes restant immergés sont invisibles, mais ce sont eux qui soutiennent le reste. Ainsi, la conscience représente la partie visible de notre psychisme, elle est issue de sa base inconsciente. [5] [15] [47] [48]



Figure 2 : Schéma de l'inconscient et du conscient Freudien [47]

1.1.4.3. Erickson

M.H. Erickson donne à l'inconscient une place importante et bien plus positive que ses prédécesseurs puisqu'il pense que l'inconscient est notre allié et qu'il permet au patient de guérir par lui-même. [11] Nous utilisons alors l'hypnose afin de « *potentialiser nos ressources pour changer* ». Pour lui, l'inconscient est tout ce qui n'est pas conscient, c'est le dépositaire des apprentissages de vie du patient, c'est une instance positive et créatrice où, avec l'aide du thérapeute, le patient peut élaborer de nouvelles solutions plus souples et plus adaptées que sa conduite symptomatique actuelle. Il montre que l'état hypnotique permet à la personne d'entrer en relation avec ses apprentissages et ses ressources inconscientes³³. [11]

Selon Erickson l'inconscient a toutes les cartes en main pour répondre aux difficultés qui font face à l'individu. Ainsi le but de l'hypnose est de créer une communication avec l'inconscient par des états de trances hypnotiques, qu'elles soient ou non fractionnées, qui peuvent durer plusieurs minutes comme quelques secondes et qui devront être perçus par le thérapeute pour qu'une métaphore²², une simple idée, soit exprimée au patient afin qu'un cheminement de pensée, qu'une stratégie inconsciente soit mise en place par le sujet lui-même.

Nous pouvons prendre pour exemple un film sorti il y a peu de temps « *Inception* » qui nous explique plutôt bien le but de l'hypnose [28] qui est donc de se connecter avec l'inconscient de l'individu en face de nous, de communiquer directement avec son inconscient pour y planter une graine, une idée qui germera seule par la suite. Au contraire du film, cette idée doit bien entendu être adaptée à chaque sujet comme le dit souvent Erickson et être bienveillante³ pour le sujet.

I.1.5. Intérêts en odontologie

Les intérêts de l'hypnose en odontologie sont multiples, tant en omnipratique qu'en orthodontie ou en chirurgie :

- Améliore la communication : L'hypnose rend plus confortable le soin dentaire et permet d'améliorer la communication entre patient et praticien ainsi que d'améliorer la confiance entre les deux. Ainsi le patient est plus enclin à répondre aux suggestions du thérapeute, ce qui permet une nette amélioration de l'hygiène orale.
- Améliore le confort : Le patient a, sous hypnose, une distorsion du temps. Il a donc l'impression que le soin a duré moins longtemps que la réalité. C'est donc très utile lors de soins de longue durée.
- Phobies/anxiété : On utilise ainsi l'hypnose lorsque les patients ont des phobies ou sont anxieux, ce qui permet au soin de se dérouler de manière plus calme et sereine autant pour le patient que pour le praticien.
- Gestion des douleurs et de l'urgence : Avec l'hypnose on peut également gérer la douleur lors de pulpites par exemple ou de douleurs chroniques. L'hypnose nous permet également de gérer les saignements ou hémorragies par l'intermédiaire de métaphores notamment.
- Xérostomie⁴¹/hypersalivation : Si le patient possède une xérostomie ou une hypersalivation, nous pouvons par l'hypnose y remédier pour le confort du patient notamment ainsi que pour celui du praticien, notamment l'hypersalivation qui peut provoquer des difficultés pour effectuer les soins ou prendre des empreintes.
- Anesthésies : Lorsque les anesthésies sont difficiles ou ne prennent pas ou tout simplement pour faire de l'hypnoanalgésie¹², l'hypnose est très puissante.
- Chez les enfants : L'hypnose peut être utilisée sur les enfants et fonctionne d'ailleurs très bien car ils ont une excellente imagination. Seulement ils y partent et en sortent extrêmement vite. Ainsi, il faut les maintenir constamment sous transe, ce qui demande une présence constante de la part du praticien.
- Gestion des nausées : L'hypnose permet de gérer les nausées qui sont ainsi moins présentes. Le soin en est alors plus confortable pour le patient lors de la prise d'empreintes notamment.
- Parafonctions²⁴ : lors de parafonctions, notamment en ODF, l'hypnose peut permettre de corriger grandement ces dernières par des techniques de suggestion et de

potentialiser les traitements interceptifs. L'hypnose permet donc un meilleur contrôle musculaire chez le patient.

- **Bruxisme**⁴: l'hypnose et l'apprentissage de l'auto-hypnose permettent d'améliorer grandement le bruxisme nocturne, surtout si celui-ci est dû à une source de stress. [19]

I.1.6. Indicateurs d'un patient sous hypnose : comment voit-on qu'un patient est sous hypnose ?

Selon Rossi, Erickson précise bien que l'expérience hypnotique dépendant « de la personnalité des individus » et donc les manifestations suivantes énoncées peuvent apparaître selon des « *combinaisons variées et à des degrés divers* ». [11]

Il existe plusieurs indicateurs corporels ou non-verbaux montrant qu'un patient est sous-hypnose :

- Modifications de la pupille
- Modification du regard et fermeture des yeux
- Ralentissement et perte du réflexe de clignement des yeux
- Mouvement oculaire actif
- Tonicité équilibrée (catalepsie⁷)
- Economie de mouvement
- Changement sensoriels, musculaires, corporels
- Manque de mouvements corporels
- Réflexes retardés (cligner des yeux, avaler sa salive => déglutitions marquées et espacées)
- Langue plaquée au palais
- Traits du visage relaxés
- Pouls et respiration ralentis
- Confort, relaxation
- Changement de la qualité de la voix
- Attention à la réponse
- Littéralisme¹⁸
- Absence de réponse à un choc

- Phénomènes hypnotiques spontanés : amnésie, régression, anesthésie, distorsion du temps...
- Décalage temporel dans le comportement moteur et conceptuel

Il existe d'autres indicateurs qui peuvent indiquer au patient qu'il est en transe :

- Idéation autonome, objective et impersonnelle
- Sensation d'être loin
- Sensation de bien-être après la transe [11]

Ce sont des clefs pour comprendre si le patient est ou non en hypnose mais cela est très individu dépendant. Dans la réalité, l'hypnose formelle est très peu usitée, l'hypnose est surtout un mode de communication interpersonnel, et il est souvent « *difficile d'établir de façon nette ce qui est une relation hypnotique et ce qui ne l'est pas* ». [17] « *Il s'agit donc d'un processus de comportement dans lequel les patients modifient leurs relations avec l'environnement ; ils modifient leurs relations avec vous et avec tout ce qui se déroule.* » [17] Ainsi Erickson développe ce qu'il appelle l'hypnose sans hypnose ou ce que nous appelons de nos jours l'hypnose conversationnelle, c'est-à-dire qu'il est très difficile de voir quand le patient est ou non en état d'hypnose, ce sont des trances hypnotiques fractionnées qui peuvent durer quelques secondes et qui devront être perçues par le thérapeute (par simplement un geste, un regard plus fixe etc.). [17]

I.2. Le langage non-verbal

I.2.1. Définition

La communication non-verbale désigne le langage du corps, c'est-à-dire tout échange n'ayant pas recours à la parole ; elle ne repose donc pas sur les mots mais sur les gestes (actions et réactions), les attitudes, les expressions faciales (macro¹⁹ et microexpressions²⁰), tout signaux conscients ou inconscients (odeurs etc.). La communication non verbale s'intéresse aussi à l'environnement tel que le lieu dans lequel les interactions se déroulent. Elle est du domaine de la psychologie (étude des émotions) et de l'éthologie. La communication non verbale ajoute une dimension supplémentaire au message lors d'une communication, pouvant parfois être en contradiction avec le message verbal

Elle est presque exclusivement inconsciente en ce sens qu'elle n'est pas intentionnelle et qu'elle infiltre et influence sensiblement notre communication sans que nous nous en rendions compte. Il y a un émetteur et un récepteur dans nos communications.[9, 18]

On retrouve donc la communication non-verbale à plusieurs niveaux :[9, 18]

- au niveau de l'individu : son histoire, sa physiologie,
- au niveau interactionnel
- au niveau culturel : c'est l'écosystème dans lequel nous apprenons à communiquer
- au niveau de la distance spatiale entre les individus = proxémie :
 - intime (<0,45 m)
 - personnelle (0,46-1,25 m)
 - sociale (1,26-3,65 m)
 - publique (3,66- 7,5 m)

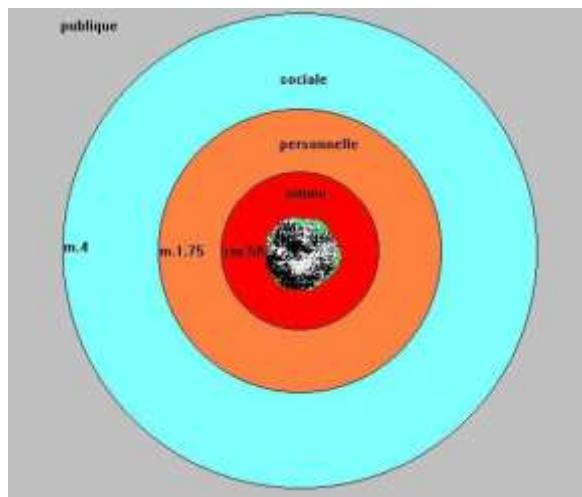


Figure 3 : Représentation de la proxémie entre individu [44]

- au niveau de la position générale du corps : attitudes corporelles, expressions faciales, mouvements des membres, contraction/décontraction musculaire, coloration de la peau, larmes, rires, gestes emblématiques
- Création artistique : peinture, musique, chant, danse, arts martiaux, sculpture
- Vêtements, couleurs, tatouage, piercing, maquillage
- Reliée au temps = le temps psychologique : attitudes axées sur le passé, le présent, le futur.
- Tic³⁸/TOC (Trouble Obsessionnelle Compulsif)³⁹

Il existe différents types de comportements non-verbaux comme le définit le continuum⁹ de Kendon (1983) : [21]

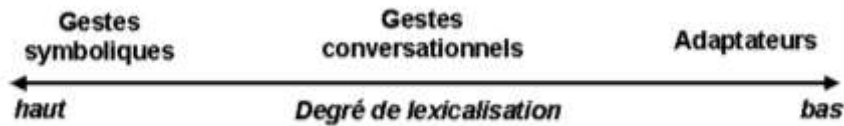


Figure 4 : Le continuum de Kendon [21]

- Les gestes symboliques : qui correspondent aux gestes emblématiques, aux gestes iconiques et aux gestes métaphoriques.
- Les adaptateurs = gestes extra-communicatifs : gestes qui n'ont pas de sens en eux-mêmes.
- Les gestes conversationnels = gestes co-verbaux : gestes qui accompagnent la parole, complémentaire au canal verbal, englobent les régulateurs d'Ekman et Friesen, les déictiques et ponctuateurs de McNeill et d'Argentin.

Les 5 catégories d'Ekman et Friesen : [21]

- Les emblèmes : transcription verbale, gestes qui appartiennent à un groupe, une culture ; les personnes du groupe les comprennent. Signification partagée d'un code.
- Les illustreurs : illustrent une conversation verbale, et souvent ne peuvent exister sans elle (surtout les bâtons et idéographes) ; ils se décomposent en 6 classes :
 - bâtons : marquent un temps-mort, une phrase, un mot, un accent
 - idéographes : montrent une direction
 - déictiques : montrent un objet présent
 - spatial : dépeignent une relation spatiale
 - kinétophères : dépeignent une action physique
 - pictographes : dépeignent une image
- Les régulateurs : pour réguler l'interaction (le plus fréquent est le hochement de tête).
- Les manifestations d'affect : mouvements ou expressions faciales qui expriment l'état affectif ou émotionnel.
- Les adaptateurs : mouvements qui satisfont des besoins personnels (ex : gestes d'auto-contact, replacer lunettes etc.). Ce sont des gestes habituels, appris au cours de la vie, pour s'adapter à ses propres besoins, pour s'autogérer, pour gérer ses émotions lors d'une communication. Ils ne cherchent pas à transmettre de messages consciemment.

Il existe 3 catégories :

- Auto-adaptateurs : on se touche soi-même
- Hétéro-adaptateurs : on touche les autres
- Objet-adaptateurs : on touche des objets [17]

I.2.2. Théories

Différentes théories ont été développées essentiellement sur la deuxième moitié du XXe siècle.

La kinésique : En 1952, Ray Birdwhistell invente le concept de kinésique pour décoder les gestes. Il propose la notion de "kinème" qui est le « *geste minimum* », ou « *une unité pertinente de mouvement* ». Par exemple la chorégraphie d'un spectacle de danse est de la « *kinésique* ». Son idée est reprise par l'École de Palo Alto, puis par la programmation neuro-linguistique (PNL). Erving Goffman, élève de Ray Birdwhistell, travaille sur la présentation de soi à travers la tenue vestimentaire, les attitudes, l'élocution, les mimiques, etc. Il insiste sur l'interaction des signes émis de part et d'autre dans le dialogue. [3] [41]

L'École de Palo Alto : en 1950, l'École de Palo Alto en Californie, est fondée par Gregory Bateson, Donald D. Jackson, John Weakland, Jay Haley, Richard Fisch, William Fry et Paul Watzlawick. Pour cette école, toute interaction est communication. Bateson dira d'ailleurs « tout comportement est communication », ou « On ne peut pas ne pas communiquer » : un individu replié sur lui-même et muet, exprime par sa posture son refus de communiquer.[40]

Elle distingue deux types de communication :

1. la communication digitale (analytique, logique, et précise) : elle explique, interprète, utilise les codes verbaux.
2. la communication analogique (affective, plus floue, utilisant des symboles) : elle est essentiellement non verbale et peut être comprise de tous.

Gregory Bateson développe la théorie selon laquelle une personne peut envoyer des signaux contradictoires au même moment. Il appelle cela « *la double contrainte* ». Ainsi le langage corporel peut amplifier ou contredire les mots prononcés. [24] [29]

Synergologie³⁷: C'est une discipline inventée en 1996 par Philippe Turchet. Elle permet d'appréhender le fonctionnement de l'esprit humain à partir de la structure de son langage corporel. Un des concepts de cette discipline est que le corps envoie également des messages émotionnels au cerveau, ne faisant pas qu'en recevoir, transitant par le tronc cérébral. [54]

PNL (Programmation Neuro-Linguistique): En psychologie, la programmation neuro-linguistique est «*une pratique et un modèle psychothérapeutique.*» Elle est élaborée par Richard Bandler et le linguiste John Grinder dans les années 1970 aux États-Unis.[27]

Richard Bandler et John Grinder inventent le terme de «*PNL*» en s'inspirant de la modélisation de la linguistique d'autres psychothérapeutes dont ils ont observé le travail : Fritz Perls (père de la *Thérapie Gestalt*), Milton Erickson et Virginia Satir (fondatrice de la *Thérapie Familiale*). Ils publient alors le «*méta-modèle*». [20, 37]

Bandler et Grinder ont été présentés au psychiatre Milton Erickson, fondateur de l'hypnose éricksonienne et considéré comme le père des thérapies brèves. De leur rencontre naît le second modèle en PNL, dit «*modèle de Milton*». Ils publient également en 1975 un second ouvrage, intitulé *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson Volume I (1975)* [2], suivi en 1977 du *Volume II*. [16] L'influence de Milton Erickson sur les développements de la Programmation Neuro-Linguistique est réelle et ce dernier reconnaît l'intérêt de la démarche de Bandler et Grinder : «*Bien que ce livre de Richard Bandler et John Grinder soit loin d'être une description complète de ma méthodologie, c'est une bien meilleure explication de la manière dont je travaille que celle que je pourrais moi-même fournir. Je sais ce que je fais, expliquer comment je le fais est beaucoup trop difficile pour moi*». [37]

Le ratio d'Albert Mehrabian : Il a été défini par des études menées par le professeur Albert Mehrabian que dans la transmission d'un message verbal, le sens des mots compterait pour 7 %, le ton et la voix pour 38 %, et, l'impression visuelle pour 55 % dans l'interprétation de ce qui est dit. [26]

Les travaux de Paul Ekman : En 1972, Paul Ekman, psychologue américain, détermine six émotions primaires universelles (colère, dégoût, joie, peur, tristesse, surprise) et montrent que ces émotions sur le visage ne sont pas déterminées par la culture mais par la biologie.

Il démontre ensuite le lien entre les émotions primaires et les expressions faciales.

Au début des années 1990, il ajoute une 7^e émotion primaire universelle : le mépris. Ces émotions primaires ont toutes une signature distincte et précise dans le système nerveux autonome. Chaque émotion provoque une activation musculaire spécifique.

Début 1990, il se met à répertorier d'autres émotions plus difficiles à identifier sur le visage : les émotions secondaires. Elles sont souvent produites par la combinaison de signaux appartenant aux émotions primaires. Les émotions secondaires sont l'amusement, le plaisir des sens, le contentement, le soulagement, la fierté, l'embarras, la satisfaction, l'excitation, la haine, la culpabilité, la honte.

Si un mouvement du langage non-verbal, dont les expressions faciales, dure moins de 1/2 seconde (1/25^e de seconde au plus rapide), nous pourrions alors parler de micro-expressions. Les micro-expressions font appel à un système neurologique complexe et sont des réactions nerveuses inconscientes, incontrôlables et très rapides. Elles peuvent être exploitées pour détecter le mensonge, chez les prisonniers par exemple, ou pour prévenir et identifier les risques terroristes ou sécuritaires. [45]

Il a ainsi mis en place un codage par unité d'action (UA) que l'on nomme FACs (Facial Action Coding System) qui est un codage d'expressions faciales. [46]

Chaque FAC a un code UA spécifique relié à un ou plusieurs muscles faciaux. Certaines expressions sont totalement involontaires car les muscles ne peuvent être activés que si les émotions sont ressenties par le patient, ils ne peuvent pas être activés volontairement.

On peut établir un degré d'intensité de ces UA allant de A à E : A Trace, B Léger, C Marqué ou prononcé, D Sévère ou extrême, E Maximum. Les expressions peuvent également être symétriques ou asymétriques.

Paul Ekman a mis en évidence les FACs reliés à chaque émotion primaire. Voir le codage en annexe.

- La joie (vrai sourire) : 6+12

- La tristesse : 6+15 ou 1+4+15 ou 1+4+11+15B

- La colère : 4+5+7+ (23 ou 17,25 ou 17+24 ou 23+25+26 ou 10+23+25+26 ou 10+22+23+25+26)

- La peur : 1+2+4+5+(20+26 ou 27 OU 25+26 ou 27)

- La surprise : 1+2+5B+26 ou 1+2+5B+27

- Le dégoût : 9 ou 10 ou 9+17 ou 9+15+16+27

- Le mépris : R12+R14

Les théories de Paul Ekman, bien que très controversés, sont très populaires et font l'objet d'adaptations télévisuelles comme la série « *Lie to me* ». [4]

Ekman démontre également qu'un mouvement corporel provoqué peut créer une émotion que le patient ressentira réellement.

- Les mouvements répétitifs peuvent créer une émotion, comme le plaisir par exemple.
- Les émotions sont exprimées directement dans l'ici et le maintenant, sans filtre.

Edward Twitchell Hall et la proxémique : Edward T. Hall définit le concept de proxémie qui représente la distance spatiale entre les locuteurs, comme nous l'avons défini plus haut. Il travaillera également sur le concept du « *silence* » dans une conversation. [18]

I.2.3. L'observation

Notre société va tellement vite que nous oublions ce qui nous entoure, que nous oublions d'observer. Nous oublions d'observer la nature, nous oublions d'observer notre entourage, nous oublions d'observer nos patients. Pourtant c'est cette observation de nos patients qui nous permet d'être totalement présent avec nos patients, de ne pas penser au patient d'avant ou à celui d'après. Cette observation nous permet donc d'être entièrement présent dans l'ici et le maintenant.

Cette pratique est à la base des pratiques méditatives de *mindfulness*²³ qui nous apprennent à ne pas nous éparpiller mais à rester présent à chaque instant. [1] Ainsi nous ne nous laisserons pas parasiter par le mental et nous pourrions être entièrement là pour soigner LE patient qui se trouve sur notre fauteuil.

Erickson, enseignant l'hypnose à ses élèves, leur répétait de bien observer les patients qu'ils avaient devant eux et leur posait des questions sur ce qu'ils avaient vu. Selon lui, l'observation « *des invariables et corrélations du comportement humain* » est la base de tout « *hypnothérapeute créatif* ».

Le praticien doit donc bien observer le patient qu'il reçoit afin d'anticiper les réactions de ce dernier. Les comportements humains sont très prédictifs et les patients eux-mêmes ne s'en rendent pas compte. L'hypnothérapeute doit donc être capable de provoquer les réponses désirées chez le patient en vue de l'objectif escompté.

Plus la concentration du patient envers la communication du praticien est importante, meilleure est sa capacité à être hypnotisable. Réciproquement, plus le thérapeute est capable de répondre aux émotions, besoins, visions de leur patient, plus ce dernier sera ouvert et disponible.

Durant l'induction de la transe, le thérapeute doit apprendre à bien observer le patient afin de ratifier³¹ les signes qu'il perçoit. Ainsi si on observe un frémissement des paupières, on peut lui suggérer qu'il va bientôt cligner des yeux. Les thérapeutes qui s'entraînent et deviennent excellents dans cette discipline associent automatiquement un comportement identifié à de nouvelles suggestions.

Cela permet de créer un lien avec l'inconscient du patient pouvant résulter de manière consciente à un état de bien-être du patient, ce qui permet un meilleur accompagnement.

La part d'intuition est à prendre en compte dans l'observation d'un patient. Erickson disait d'ailleurs qu'il se mettait en transe pour « *se connecter* » à l'inconscient de son patient et ainsi saisir les messages subliminaux envoyés par le patient. [11, 12]

Il est également important de faire la part des choses pour ne pas se laisser enfermer dans des préjugés sociétaux préconçus. [36]

Il faut que nous prenions en compte, pour effectuer du mirroring, la notion de calibration⁵.

Selon Erickson, un thérapeute doit s'entraîner à observer dans ses plus petits détails le comportement para-verbal et non-verbal du sujet. Dans cet art de l'observation, « *cela demande d'avoir acquis de grandes capacités d'observation attentive (calibration en PNL) pour découvrir les signes minimaux* ». M. H. Erickson avait acquis de telles capacités d'observation, et l'enseignait à ses élèves. Jeffrey Zeig raconte qu'Erickson obligeait même ses enfants à travailler cet apprentissage, comme le raconte sa fille Carol. [36] Le langage du corps est tout aussi important que celui des mots.

L'approche du sujet par l'observation est caractéristique de la méthode Ericksonienne. Il faut donc prendre chaque indicateur offert par le patient. Ainsi on pourra à tout moment s'adapter au patient, comprendre ce qui lui convient ou non, tant au niveau de l'hypnose que des soins en règle générale.

Ceci devient alors une réelle compétence thérapeutique, particulièrement lorsqu'à force de travail, celle-ci devient inconsciente. Un exemple particulièrement intéressant rapporté par Erickson lui-même lors d'une de ses séances, nous montre l'importance de l'observation pour un thérapeute : « *il reçoit un jour une jeune femme qui entre dans son bureau. Tout en marchant, celle-ci remarque un cheveu sur sa manche gauche, et, de son bras droit, l'enlève.*

Erickson l'invite à s'asseoir et, d'emblée, lui demande la raison de cet accoutrement féminin. Stupéfiée, la jeune femme lui demande comment il a deviné qu'elle était en réalité un homme et il répond qu'il a simplement observé le geste fait pour enlever le cheveu sur son autre manche, tandis qu'une femme fait un mouvement plus arrondi, pliant le coude pour contourner sa poitrine et, ajouta-t-il, vous n'avez pas arrondi votre bras pour ôter ce cheveu. » [36]

Nous allons donner ici d'autres exemples d'Erickson utilisant l'observation du langage non-verbal avec ses patients :

«Une nouvelle patiente était déjà assise dans mon bureau lorsque j'arrivai. Je pris son nom, son adresse et ses coordonnées, et je lui demandai ce qui l'amenait à venir me consulter.

Elle répondit : J'ai une phobie des avions.

- Madame, vous étiez déjà installée sur cette chaise lorsque je suis arrivé à mon bureau. Alors, je vais vous demander de retourner dans la salle d'attente avant de revenir vous asseoir."

Ça ne lui a pas plu, mais elle a obéit. Je lui ai alors demandé : "Quel est votre problème?"

- Mon mari veut instamment que je parte avec à l'étranger en septembre, et j'ai une peur panique des avions.

- Madame, quand un malade vient voir un psychiatre, il ne doit dissimuler aucune information. Je sais quelque chose de vous, et je vais vous poser une question déplaisante. Tant pis si cela vous semble hors de propos.

- Très bien

- Votre mari est-il au courant de votre liaison?

- Non, mais vous, comment êtes-vous au courant?

- Vous le dites avec votre corps." Elle avait les chevilles croisées. Moi, je ne peux pas faire ce geste. Elle avait la jambe droite passée par-dessus la jambe gauche et le pied enroulé autour de la cheville. Elle était complètement bloquée. Par expérience, je sais que toutes les femmes mariées qui ont une liaison et qui ne veulent pas que ça se sache se bloquent de cette manière». [38]

L'observation est primordiale afin d'écouter le patient, de le comprendre, de le connaître. Et surtout d'écouter ce qu'il ne dit pas à travers son langage non-verbal. Afin de réussir à se connecter à l'inconscient de l'autre, à communiquer d'inconscient à inconscient ; de créer une réelle relation avec le patient. Durant le soin et toute la séance d'hypnose c'est en observant le

moindre détail que laisse apparaître le patient que l'on comprend la psychologie et ce que ressent le patient à chaque instant du soin. [17]

I.2.4. Synchronisation avec son patient

Nous avons ainsi pu voir que l'observation est un des outils essentiels que nous apprend l'hypnose et qui est trop peu usité pour le moment dans le milieu médical, ce qui pourtant permet d'améliorer la relation patient-praticien. Nous allons donc voir comment s'effectue la synchronisation avec les patients.

Cette observation nous permet de nous synchroniser avec notre patient et donc d'effectuer avec lui ce que l'on appelle du *mirroring*. C'est-à-dire qu'en observant notre patient, nous pouvons agir, interagir, en nous adaptant à ce dernier.

La calibration met en avant les capacités d'observation du praticien ce qui lui permet alors de tenir compte des informations perçues dont il pourra se servir durant la séance.

La synchronisation est verbale, et non-verbale. La synchronisation verbale consiste à ajuster son langage à l'aide de prédicats appartenant au registre sensoriel du patient. [2]

La synchronisation non-verbale consiste à ajuster les mouvements corporels, la respiration, le ton de la voix etc. à ceux du patients sans les singer. Ainsi il s'instaure avec son patient une plus grande proximité intrapsychique et interrelationnelle. Elle parvient au patient avant toute communication verbale et elle utilise « *des psychoaffectifs spontanées* » tels que l'adaptation spontanée et l'apprentissage par imitation. Il faut que le discours du praticien assure une congruence entre le langage verbal et non-verbal utilisés afin que le patient se sente en confiance sinon son inconscient percevra une perturbation que sa conscience ne saura définir. [30]

Le joining est la capacité du praticien à rejoindre le patient dans sa « *carte du monde* ». La carte du monde du patient est sa vision du monde. Il faut une bonne distance avec le patient, une « neutralité bienveillante tout en rejoignant le patient dans son cadre de référence » afin d'accompagner le patient dans sa problématique. [30]

Le *mirroring* est la capacité du praticien à refléter, à imiter le langage non-verbal patient, sans le singer. Ainsi le patient ne se sent pas manipulé mais rejoint dans sa vision du monde et sa relation avec l'extérieur.

Izzy Katzeff a d'ailleurs montré dans ses travaux que lorsque deux personnes se synchronisent, leurs ondes cérébrales tendent à se mettre en phase, et ceci est expliqué par les neurones miroirs impliqués dans l'empathie et la faculté d'apprentissage. [30]

Le *pacing* consiste à renforcer la réflexion des comportements non verbaux afin que le patient se sente bien compris et soutenu au niveau de son langage non-verbal et donc au niveau de son inconscient. [30]

Le *leading* consiste à être suivi par le patient. Le praticien oriente alors le patient vers de nouveaux comportements ou processus cognitifs ou émotionnels. Le thérapeute va ainsi induire lui-même un changement afin que le patient le suive dans le cheminement de pensée et dans le comportement non-verbal. [30]

I.2.5 Inductions par utilisation du langage non-verbal

I.2.5.1. M.H. Erickson et J. Zeig : le maître et l'élève

Jeffrey Zeig est un praticien de psychothérapie et fut l'un des élèves de Milton Hyland Erickson, au même titre qu'Ernest Rossi. [42]

Il effectue des séminaires et conférences partout dans le monde. Ses formations sont pourtant singulières car il propose des séances d'hypnose sans langage verbal mais seulement avec le langage para-verbal et non-verbal. Il utilise en effet nombre de sons et des tons différents et des onomatopées. Ceci peut donc surprendre car beaucoup de formations apprennent surtout ce que l'on doit dire avec la parole et non dire avec son corps en entier.

Il explique qu'il veut que les praticiens apprennent à créer un impact émotionnel, en utilisant une communication non-verbale et para-verbale, et ensuite à utiliser cet impact émotionnel pour engager le processus d'adaptation et de changement qui est le but de l'hypnose clinique.[36]

L'apprentissage de trances simplement avec le langage non-verbal n'a pas forcément d'intérêt pour la relation patient-praticien, mais il a un grand intérêt didactique afin d'apprendre à l'utiliser lors de nos séances. Il peut également être utile si l'on se retrouve avec des patients sourds ou bien avec des patients étrangers, comme ce fut le cas pour Milton Erickson qui nous montre son habileté à utiliser le langage non-verbal. Il a expérimenté pour la première fois cette technique de transe avec le seul langage non-verbal, à Mexico : *« il y avait été invité, et peu avant sa conférence, on lui a demandé de faire une expérience avec une infirmière ne parlant pas anglais, mais Erikson ne parlait pas un mot d'espagnol... Il a alors imaginé d'induire un état hypnotique uniquement par les gestes, par la pantomime, et cette infirmière complètement ignorante au sujet de l'hypnose a pu vivre une transe très satisfaisante ! Comment mieux prouver l'importance considérable du langage non-verbal dans l'hypnose, mais aussi, très certainement dans toutes nos communications thérapeutiques ? »* [38]

Dans ces hypnoses utilisant le langage non-verbal pratiquement exclusivement, certains éléments sont essentiels :

- En premier lieu, un des éléments essentiels est le ton de la voix, par exemple dans les onomatopées utilisées par Jeffrey Zeig. Ainsi, selon M. H. Erickson, *« le locus et le volume de la voix permettent des associations spatio-sensitives¹ »*. Il utilisait pour cela des positions de tête différentes et une intonation adaptée à chaque suggestion souhaitée. Par exemple, Rossi explique que lorsqu'Erickson souhaitait que les images apparaissent à des hauteurs différentes dans le *« champ de vision intérieure »* du patient, il mettait la tête en haut et parlait plus fort ou baissait la tête ou la tournait et baissait le volume, comme si la voix venait de très loin et de très profondément ancré dans l'inconscient puis sa voix ré-augmentait de volume au fur et à mesure que ce souvenir refaisait surface à la conscience du patient. Erickson a même expliqué en 1973 que l'élocution de sa voix pouvait induire des vertiges, le mal de mer ou d'autres états. Il a été observé par Rossi que lorsqu'Erickson utilisait cette technique, les mouvements oculaires sous les paupières fermées de la patiente, suivaient la hauteur de la voix de l'hypnotiseur. Une autre technique intéressante mais controversée est utilisée par Erickson, en effet ce dernier crée un ancrage chez ses patients où quand il utilise sa voix sur la gauche du patient, il s'adresse à la conscience du patient et lorsqu'il se déplace sur la droite du patient, il s'adresse à la partie inconsciente. [11]

- Dans un second temps, il est important que l'effet de surprise soit présent, ainsi les patients peuvent sortir de leur schéma de pensées et d'associations d'idées habituels et laisser leur pleine créativité inconsciente s'exprimer. [11] L'attente est également un moment important de l'effet de surprise, qui permettra un lâcher prise par le patient. Cette attente va ainsi mettre l'esprit du patient en état de tension, il attendra ce qui doit se passer et plus aucune pensée ne le traversera, il sera alors rendu à l'instant présent. Cet état de tension s'il est trop intense va alors vouloir sortir, et s'extériorisera par une des voies classiques psychiques, motrices ou viscérales pour rétablir l'équilibre psychologique. Le rire est une de ces voies, c'est pourquoi en règle générale les personnes rient après un instant de surprise. Le rire permet donc le passage brutal d'un état de conscience psychique et émotionnel intense à un état de conscience de plus basse énergie, c'est une « *discordance descendante* » et ce qui détermine ainsi le lâcher-prise. D'autres réactions existent tels que les pleurs, la colère etc. [53]
- Enfin un dernier point est essentiel, c'est la confusion. Nous allons pouvoir prendre comme exemple, la fameuse « *poignée de main d'Erickson* », si réputée. En effet, il se sert de cette technique comme d'un test et d'une induction. Elle est à la base une surprise comme nous venons de le voir au-dessus, qui permet de déclencher un moment de confusion, c'est-à-dire un moment de « blanc » dans les pensées. Nous allons brièvement expliquer cette technique. Il commence par serrer la main du sujet, puis en relâchant la main, il effleure le pouce, puis avec le petit doigt en retirant sa main et un effleurement de la main avec le majeur. Tout cela de manière très subtile, juste pour attirer l'attention du sujet, ce dernier se demandant si tout cela a vraiment eu lieu, ce qui crée une succession de surprises qui stoppe le sujet dans son élan, créant alors un espace de confusion mentale. Enfin il effleure le poignet comme si il suggérait que la main monte, puis la même chose vers le bas, c'est à ce moment-là que la suggestion de catalepsie est engagée. On peut en même temps distraire l'attention du patient en lui parlant, le plus souvent, ce dernier vous demandera de répéter, son esprit trop accaparé par ces stimuli déroutants. Erickson fige également son visage et regarde au-delà de son interlocuteur puis se dégage de son champ de vision, provoquant une autre forme de confusion. Cette technique est très prisée d'Erickson qui s'amusait à le faire à bons nombres de ces amis et collègues, leur provoquant parfois une anesthésie au passage.

Erickson utilise également d'autres suggestions non-verbales, telles que des mouvements sans rapport aucun avec la situation ayant lieu, ce qui recentre le patient sur le praticien en face de lui. Lorsqu'il évoque par suggestion un mouvement d'élévation, il inspire lui-même en même temps et joue sur l'inspiration du patient également, car les deux corps en inspirant suggèrent une impression d'élévation avec la vision périphérique.

Pour cette technique, les sujets résistants retireront vite leur main, alors que les sujets plus suggestibles ou curieux la laisseront, c'est pourquoi cette technique est également un test de suggestibilité utile. [11]

1.2.5.2. L'hypnose permet d'utiliser les 5 sens Gaston BROSSEAU

Gaston Brosseau, psychologue maintenant à la retraite, a mis au point une hypnose différent des inductions éricksoniennes et se rapprochant très sensiblement des pratiques méditatives de pleine conscience ou *mindfulness*. [1, 43]

Le principe de cette technique a, comme postulat, de « *ne rien faire* », d'entrer dans l'« *instant zéro* » ou « *instant présent* » et d'ainsi être dans une « *conscience efficiente* » (ou pleine conscience).

Cette technique nous permet ainsi de réinitialiser nos cinq sens, comme si nos sens étaient pleinement opérationnels et à l'« écoute » car ancrés dans le présent.

Selon Brosseau, en appliquant sa technique, le temps nécessaire entre l'induction et le processus de transe se situerait entre 0,4 et 0,5 secondes, ce qui en fait une réaction réflexe. C'est ce qu'il nomme des « *nano-inductions* ».

Il annonce que c'est « *comme si le corps voyait des choses que notre conscience ne voit pas* », car le stimulus d'induction n'a pas le temps d'être conscientisé, et pourtant le patient entre en transe. Nous pouvons alors nous demander si comme il le dit, il n'existerait pas un « *inconscient corporel* ». [8]

Ces nano-inductions ne peuvent avoir lieu que si le patient ne crée pas de résistance à ce processus d'induction. Ainsi il faut que le praticien soit dans l'acceptation inconditionnelle de son patient, et ne doit pas être dans le jugement, car c'est le patient qui a toutes les cartes en main (de manière consciente et inconsciente) pour réussir cette transe. Ceci rejoint le point de vue de M. H. Erickson comme quoi le patient a toutes les ressources nécessaires pour qu'une guérison ait lieu. [8, 11] La résistance peut également être créée par le stress, qui empêche

l'accès à l'inconscient du patient. Supprimer le facteur stress permet au patient d'accéder à ses ressources inconscientes, ce qui lui permet par la suite une ouverture permettant une création de cette zone de confort nécessaire à la suite du soin. [35]

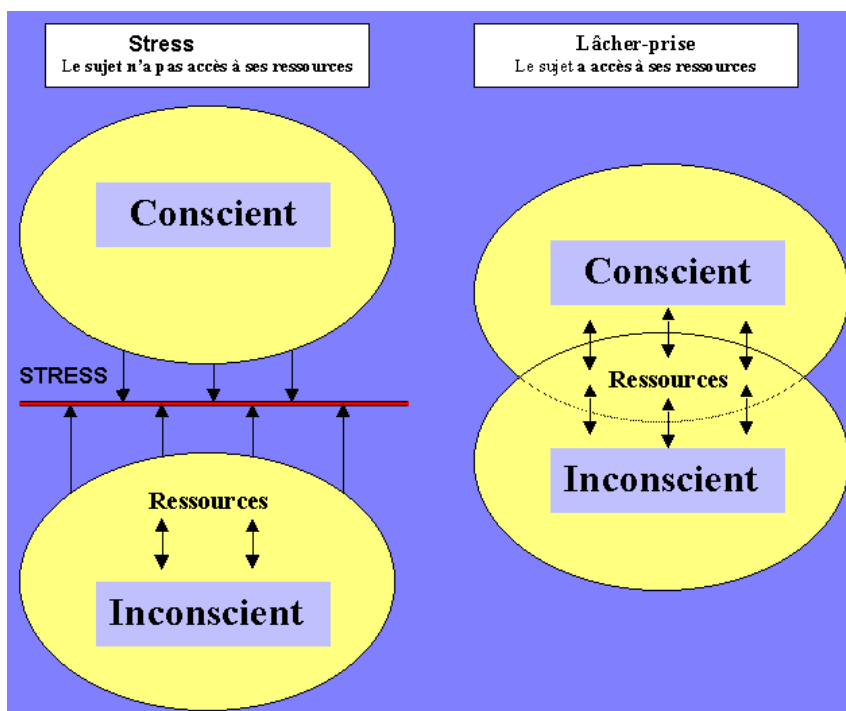


Figure 5 : Schéma du lien entre conscient et inconscient en fonction du stress [35]

Le stress est ainsi abolit dans l'instant présent ; et l'utilisation du corps, telle que la catalepsie ou une main dans un verre d'eau, permet d'entrer pleinement dans cet instant présent. [1, 8]

Il y a alors perte de la notion de temporalité, à l'instar de l'hypnose éricksoniennes, car il n'y a plus ni passé, ni futur, mais simplement l'instant présent. [8]

Nous pouvons, pour comprendre la différence entre l'hypnose de Gaston Brosseau (proche de la méditation de pleine conscience) et l'hypnose éricksonienne, utiliser la métaphore du jardin de Malarewick. [23]

Dans cette métaphore, le chien (alias la conscience) se trouve dans le jardin et protège la maison (alias l'inconscient). Lorsque le patient est submergé par un flot de pensées, cela équivaut à des aboiements du chien, et concrètement cela peut se traduire chez le patient par des angoisses au fauteuil par exemple. La méditation est dans ce cas équivalente à une « éducation du chien » par le patient afin que celui-ci n'aboie pas. Le patient pourra ainsi avoir « le temps » (hors des perturbations du passé et du futur) de ranger la maison (alias son inconscient), sans devoir s'occuper du chien aboyant.

Une fois déchargé des pensées négatives et le mental étant apaisé, le patient pourra se créer dans sa transe une zone de confort satisfaisante afin que le soin se passe dans les meilleures conditions.

Au final, l'hypnose n'est pas simplement utile pour « distraire » le patient lors d'un soin dentaire, mais également pour lui faire accepter le port de prothèse, pour diminuer le bruxisme etc. (cf le chapitre I.1.5. Intérêts en odontologie).

En outre, l'hypnose éricksonienne et celle de Gaston Brosseau (ou méditative), peuvent être complémentaires et permettre d'aider au mieux son patient.

Ainsi comme le dira Olivier Lockert dans son ouvrage « *Hypnose* », il existe deux types d'hypnose :

- l'hypnose qui dissocie, à l'instar de l'hypnose Ericksonienne et Classique
- l'hypnose qui unifie, comme l'hypnose de Gaston Brosseau, l'hypnose Humaniste et la Méditation de pleine conscience. [1, 8, 22]

Après avoir établi l'état de l'art de l'hypnose et des théories sur le langage non-verbal, nous allons pouvoir exposer les observations cliniques effectuées. En effet, nous avons pu mettre en pratique ces théories apprises sur l'hypnose durant nos années d'étude, au contact de nos patients, ce qui nous a permis d'approfondir ce domaine et également filmer des praticiens formés à l'hypnose afin d'observer en particulier leur langage non-verbal et celui de leurs patients.

Partie II : Application clinique de soins dentaires sous hypnose

Nous allons dans un premier temps exposer mon parcours en hypnose et mes premiers accompagnements de certains patients. Dans un second temps, nous allons analyser l'expression du corps et découvrir le langage non-verbal au travers des films réalisés dans le cabinet de praticiens formés à l'hypnose.

II.1. Mon parcours en Hypnose

Nous nous sommes intéressés à l'hypnose dès le début de nos études d'odontologie, dès la deuxième année. Nous lisions des articles, des livres, afin d'en apprendre d'avantage à ce sujet. L'apprentissage et l'essai de l'hypnose a débuté grâce aux enregistrements d'auto-hypnose d'Olivier Lockert [49], permettant de comprendre les bases de l'hypnose et d'expérimenter ce monde encore totalement inconnu.

A partir de la 3^e année d'étude, un Projet Personnel Obligatoire avec le Pr Diemer nous a permis de commencer à apprendre l'hypnose. Des essais sur l'entourage ont permis d'expérimenter les techniques apprises.

La clinique a débuté en 4^e année et le Pr Diemer a ouvert un optionnel d'hypnose avec un enseignement théorique et pratique en petit groupe ; ainsi nous avons pu commencer à essayer de faire de l'hypnose sur les patients (volontaires) de l'hôpital.

Nous avons débuté à deux, avec ma binôme, nous relayant lorsque cela devenait trop compliqué de faire des soins en plus de l'hypnose car nous débutions dans les deux domaines. La deuxième difficulté fut le bruit ambiant de la clinique ainsi que nos déplacements récurrents pour aller chercher le professeur ou bien le matériel nécessaire.

En 5^e année, nous avons commencé à développer une hypnose plus conversationnelle, particulièrement avec les enfants, dérivant vers des histoires simplement racontées, vers de la musique commentée, mais toujours en utilisant des techniques hypnotiques même si la transe n'était pas formelle. Nous avons également participé au DU d'Hypnose de la faculté d'Odontologie dont le responsable était le Dr Pierre-Alain Canivet.

En 6^e année et donc dernière année d'étude, nous avons participé, à nouveau au DU hypnose de la faculté d'Odontologie de Toulouse, repris par le Pr Diemer, et nous avons continué à pratiquer l'hypnose en remplacement.

L'hypnose est un sujet bien vaste, où l'apprentissage ne cesse et où la recherche fait de grands progrès, mais où il reste encore de nombreux mystères.

Cette thèse est une suite de cet apprentissage car l'observation est l'une des fondations de l'hypnose, bien que très difficile à acquérir et à appréhender. Au travers de cette thèse, nous souhaitons nous perfectionner dans ce domaine et en apprendre plus sur l'observation du non-verbal, sur le mirroring, et sur Milton Hyland Erickson qui proclamait que l'observation était fondamentale, et la base de toute pratique hypnotique.

Nous voudrions, maintenant, vous faire partager quatre expériences qui nous semblent intéressantes avec quatre patients différents :

1) En 4^e année, un patient, Mr B, se présente pour des douleurs chroniques secteurs 2 et 3. Ce patient avait des douleurs chroniques depuis plusieurs années.

Nous avons débuté l'hypnose avec ce patient. Pour apprendre, avec ma binôme, nous nous relayions pour les suggestions et le développement de la transe, si une idée de suggestion nous parvenait, ou bien si une des deux était en panne d'inspiration. Ceci afin de réussir une transe la plus correcte possible.

Nous lui avons donc fait des séances d'endodontie sous hypnose puis des séances simplement d'hypnose sans soin, simplement pour réduire les douleurs.

Les trances effectuées sur ce patient ont extrêmement bien fonctionné, nous le faisons partir dans la forêt à la cueillette aux champignons. Pour calmer ses douleurs chroniques, nous l'avons amené en transe près d'une fontaine magique où il a trempé sa main gauche puis nous lui avons amené la main « physiquement » au visage (dans la réalité) et nous lui avons dit de transférer « l'eau qui calme » à sa joue.

Au réveil, il nous a dit que ses douleurs musculo-faciales s'étaient un peu calmées. Par contre, il nous disait avoir légèrement mais réellement mal aux jambes car il avait trop marché dans la forêt. Cela nous a prouvé que l'hypnose pouvait bien avoir des répercussions physiques manifestes.

Il est délicat de calmer des douleurs chroniques, l'utilisation en transe de lieux et d'objets thérapeutiques est une des techniques qui peut diminuer ces douleurs. La visualisation a en effet un pouvoir important sur le corps. Cette transe avec ce patient nous a bien confirmé que l'hypnose avait un impact important sur le corps.

2) Toujours en 4^e année, nous recevons une patiente, Mme H., pour une lésion apicale volumineuse d'origine endodontique sur une 25 non conservable. Nous devons donc avulser la dent en question. Nous commençons à parler avec la patiente avant l'intervention et elle nous annonce qu'elle pratique la méditation depuis quelques années. Nous la faisons alors partir en hypnose près d'un lac, où elle peut s'adonner à des exercices de méditation. L'avulsion s'est extrêmement bien passée, la patiente était enchantée, ne s'étant rendue compte de rien, ayant expérimenté une distorsion temporelle. La cicatrisation a d'ailleurs été d'une rapidité surprenante sans aucune complication.

Nous avons été surprises par cette expérience nous montrant que l'hypnose pouvait avoir une action extrêmement efficace et que nous pouvions combiner plusieurs méthodes telles que l'hypnose et la méditation par exemple.

Cette patiente nous a fait remarquer à quel point elle était contente des séances de soins dentaires sous hypnose et qu'elle le recommanderait.

3) En 5^e année, une patiente, Mme G., se présente pour une parodontite. Cette patiente voulait à tout prix une anesthésie pour effectuer le bilan de sondage. En effet, lors des précédents bilans qu'elle avait eu, les étudiants ont dû lui en faire une car elle était trop sensible. Nous lui proposons alors de lui raconter une histoire, de réaliser une transe informelle. Nous partons donc dans l'océan voir les tortues, les poissons, les requins, à la recherche d'un trésor dans une épave. La patiente écoutait bien l'histoire et commentait parfois lors des « pauses » dans le bilan de sondage. Des pointes d'humour étaient rajoutées au milieu de l'histoire pour la pimenter. Le bilan de sondage s'est donc très bien passé sans qu'aucune anesthésie n'ait été nécessaire.

Cette expérience nous apprend donc que l'induction formelle n'est pas obligatoire, le praticien peut adapter le type d'hypnose (par exemple formelle ou informelle) selon le patient en face de lui.

4) En 6^e année, lors d'un remplacement, Mme V. s'est présentée au cabinet pour un bruxisme nocturne sévère. C'est une patiente qui est très stressée. Nous lui avons alors fait une séance d'hypnose à l'aide d'une catalepsie.

A la fin de la séance la patiente nous a annoncé qu'elle ne pensait pas être partie (en transe) mais finalement elle a compris que quelque chose s'était passé au niveau de sa main mais elle ne savait pas quoi, elle ne s'est pas rendue compte que nous lui avions soulevé la main et

que celle-ci s'était maintenue en catalepsie. Elle nous a avoué avoir voulu se gratter durant la séance mais n'avait pas réussi à bouger.

Cette expérience nous a appris à prendre l'initiative de faire une séance au cabinet libéral. Cette séance s'est effectuée sans aucun soin dentaire associé. La catalepsie est un outil puissant pour montrer au patient qu'il est en transe.

Après ces multiples séances sur les patients que nous apprenons à soigner au sein du CHU dentaire, et les lectures à notre portée, nous nous sommes demandé quelle place avait le corps, qui semble « endormi » pendant les séances d'hypnose et qui pourtant est essentiel selon Erickson. Pour ce dernier en effet, l'observation, et particulièrement l'observation du langage non-verbal, est à la base de toute pratique hypnotique.

Pour en apprendre plus sur le sujet, nous avons décidé de filmer des patients, chez des praticiens pratiquant l'hypnose depuis plusieurs années, et d'observer leur comportement non-verbal, comme nous allons le voir dans le chapitre suivant.

II.2. Analyses du langage non-verbal dans la pratique dentaire

Afin d'en apprendre d'avantages sur l'observation et le langage non-verbal en hypnose médicale, nous avons filmé des patients lors de soins dentaires sous hypnose, nous avons par la suite analysé ces films.

II.2.1. Introduction

Grinder et Bandler étaient très curieux de découvrir ce que les super-communicateurs de l'époque utilisaient comme techniques afin de résoudre les conflits internes de leurs patients. Ils ont alors décidé d'assister aux séances de ces super-communicateurs et de les filmer afin de mieux comprendre les techniques utilisées. C'est ainsi qu'est née la PNL (Programmation Neuro-Linguistique), permettant de répertorier les différentes techniques découvertes. [33] Nous avons alors, inspirés par les travaux de ces deux psychologues, décidé dans cette partie, d'analyser plusieurs vidéos afin d'en ressortir le comportement non-verbal du patient et du praticien lors de soins au cabinet dentaire.

II.2.2. Matériels et Méthodes

Dans le cadre de cette étude, il a été utilisé une caméra pour filmer les séances de soins effectués par des chirurgiens-dentistes formés à l'hypnose médicale. Ces séances ont été filmées à leur propre cabinet et sur leurs patients dont certains avaient déjà reçu des séances d'hypnose tandis que pour d'autres c'était la première fois. Le panel d'étude concerne onze patients de tout âge (dont deux enfants), et de catégories socio-professionnelles diverses.

Au final onze vidéos ont ainsi pu être réalisées et analysées, en totalisant 7heures de vidéos.

Seuls les praticiens ayant reçu une formation d'hypnose sont inclus dans cette étude. Quatre praticiens ont participé : deux hommes et deux femmes. Trois praticiens ont été formés par l'organisme de formation Hypnoteeth et un par l'institut IMHETO.

Les vidéos ont été vues et analysées autant de fois que nécessaires et visualisées avec et sans le son.

Dans un premier temps, à l'aide de l'état de l'art (Partie I), nous avons pu proposer une liste de critères d'expression du corps, et nous avons réalisé une grille d'analyse (Figure 6). Nous avons, par la suite, éprouvé cette grille afin d'analyser les onze vidéos dans le cadre de l'art dentaire. Certains critères ont été élagués car non-observables sur ces vidéos. Cette grille liste les mouvements les plus emblématiques

Pour chaque vidéo, l'âge, le sexe et l'état émotionnel du patient ainsi que le nom du praticien ont été précisés.

Grille observation	Effets	Pré-Hyp.	Dbt Hyp.	Post-Hyp.	Durée	Corrélé autre action/émotion
Mouvements membres	Ouverture membres supérieurs					
	Ouverture membres inférieurs					
	Fermeture membres supérieurs					
	Fermeture membres inférieurs					
	Tapotements					
	Frottements					
	Signaling					
Crispation/détente	Froncement sourcils					
	Corps détendu (précisé)					
	Corps crispé (précisé)					
	Corps en mouvement (précisé)					
	Contact					
Catalepsie	Catalepsie (précisé)					
Déglutition	Espacée et marquée					
	Normale					
Respiration	Rapide					
	Normale					
	Ralentie					
Yeux/Regard	Mouvements oculaires actifs (transe)					
	Yeux ouverts					
	Yeux fermés					

	Regard dans le vague					
	Regard fuyant					
	Regard dans yeux					
Sourire	Sourire atteignant yeux					
	Sourire n'atteignant pas yeux					
Micro-expressions	Pertinentes					
Abréactions	Pleurs					
	Rires					
	Tremblements					
Distance	Intime					
	Personnel					
	Social					
Paralangage	Silence					
	Timbre					
	Rythme					
	Intonations					
Apparence	Tatouage					
	Piercing					
	Vêtement					
	Maquillage					
Autre	Autre					

X = pratiquement tout le long de la colonne concernée.

Figure 6 : Grille d'analyse

L'observation a été définie et réalisée selon certains paramètres, car tous les mouvements ne sont pas égaux en intensité et en durée :

- Les mouvements ont été comptabilisés pour chaque vidéo et mis dans l'ordre chronologiques
- Les mouvements sont le plus souvent ponctuels et sont donc comptabilisés comme étant un mouvement ; certains mouvements pouvant être longs, à la cinquième seconde, le mouvement est comptabilisé comme un second mouvement.
- Certains mouvements ayant été trop répétitifs dans la vidéo ou trop longs pour être comptabilisé, une étoile leur a été attribué et un deuxième graphique réalisé afin de comprendre leur durée et leur occurrence dans la vidéo.

Une analyse descriptive de ces onze vidéos a été réalisée.

II.2.3. Résultats

II.2.3.1 Vidéos

Onze vidéos ont été analysées et la grille d'analyse a été complétée pour chaque vidéo. Nous vous présentons alors les résultats sous forme de graphiques. La première grille effectuée est disponible en annexe afin de montrer la méthode réalisée et expliquée ci-dessus.

- Vidéo n°1

Présentation du patient et du praticien :

Une patiente âgée d'environ 70 ans se présente au cabinet dentaire du Docteur Barthe afin de réaliser un bilan et un détartrage. Elle a fondu en larmes en salle d'attente car elle est veuve depuis peu. Elle est également très sensible au détartrage.

Nous avons pu constater avant le début de la séance de soin, que la patiente prend bien soin d'elle (bien maquillée, plusieurs bijoux, bien coiffée), malgré sa grande tristesse (elle a pleuré la perte de son mari en salle d'attente), elle ne se laisse pas abattre. Le praticien lui propose alors d'effectuer une séance d'hypnose afin de pallier à ce phénomène. La vidéo dure 38 minutes et 50 secondes.

Analyse du langage non-verbal:

Le graphe (Figure 7) montre le nombre d'occurrence des événements de chaque critère du langage non-verbal retenu. Chaque événement a été comptabilisé selon la méthode énoncée dans le chapitre précédent.

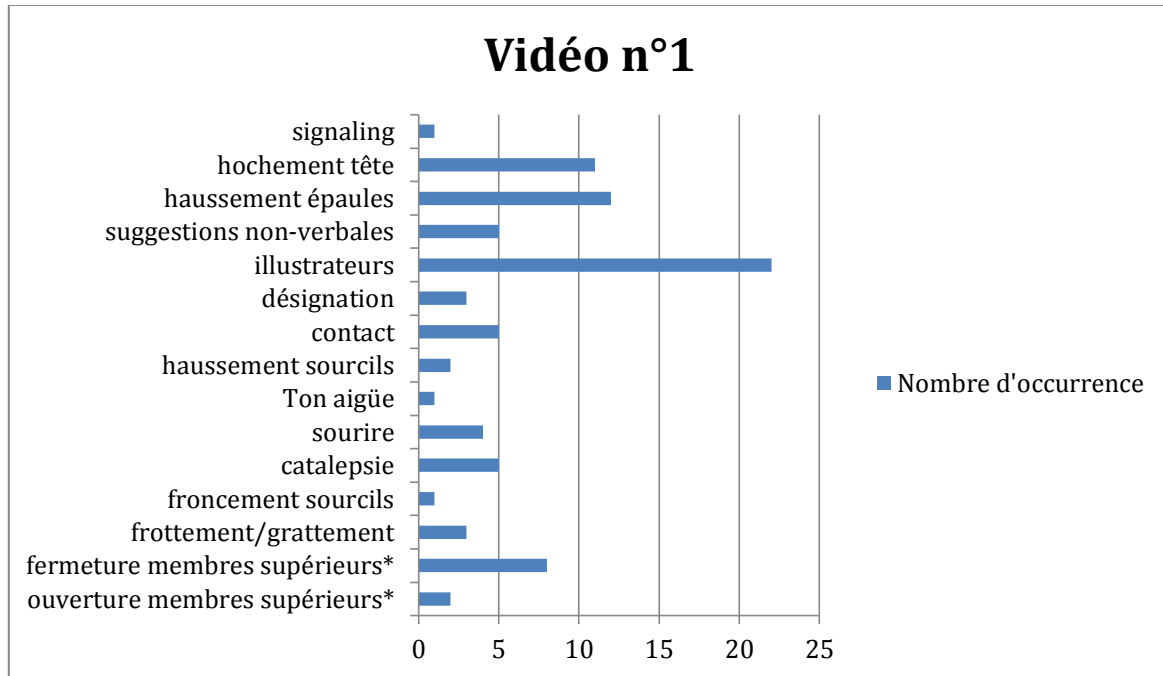


Figure 7: Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal

La patiente est tout de même très émotive, et on le sent dans sa manière de parler qui est rapide et monte dans les aigües ; et on perçoit de la colère envers une autre praticienne dans ses propos.

Elle cherchera pendant tout le soin à contrôler la situation soit par la parole, par le mouvement, ou bien par la catalepsie de ses membres.

La patiente dira qu'elle n'aura ressenti aucune sensation désagréable, elle qui d'habitude est très sensible au détartrage. Nous avons pu constater un besoin, chez cette patiente, de parler et d'être écouté. Comme nous le montre les nombreux illustateurs dont elle use durant le pré-talk, cette patiente a vécu une épreuve avec une autre dentiste qu'il l'a profondément énervé.

A la fin de la séance, la patiente dira que la séance d'hypnose lui a fait du bien et l'a relaxé. Après la séance elle se refermera totalement, par fermeture des membres supérieurs avec son membre inférieur (elle tient son genou), et haussera les épaules au lieu des hochements de tête précédents.

Une micro-expression faciale nous permet de comprendre les émotions ressentis par la patiente face au détartrage :

- Haussement des sourcils, ailes du nez ouverts : représente l'expression de la surprise selon le Docteur Ekman.
- Froncement de sourcils, lèvres pincées : représente la colère selon le Docteur Ekman, lorsqu'elle parle de son ancienne dentiste.

Le graphe (Figure 8) représente le pourcentage de temps de « fermeture » et « d'ouverture » chez cette patiente durant toute la vidéo par rapport au temps total de la vidéo.

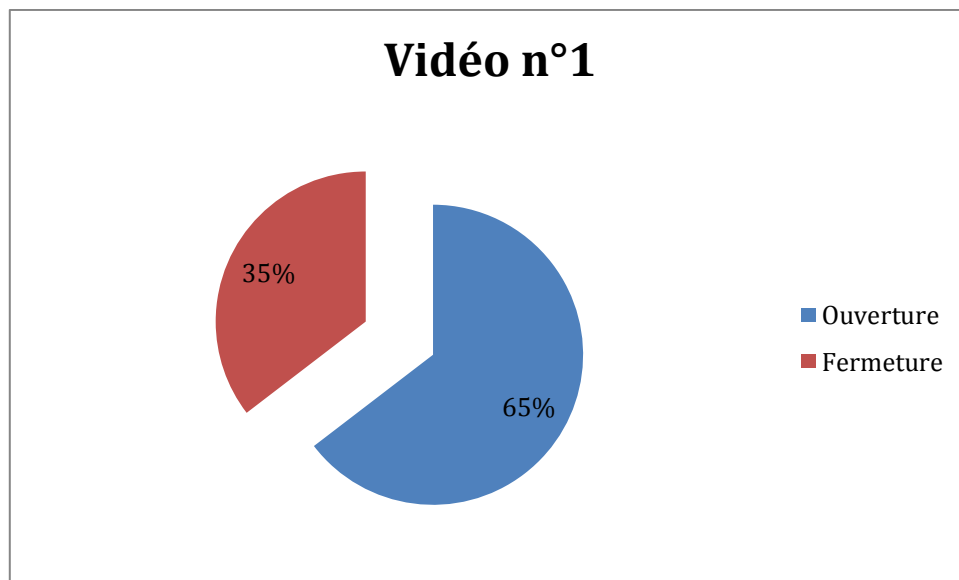


Figure 8: Pourcentage de temps de fermeture

On peut constater que la patiente utilise des mouvements de fermeture durant 38% du temps de la séance. Nous pourrions alors nous demander si les mouvements de fermeture étaient plus importants avant ou après la séance d'hypnose.

Les deux graphes (Figures 9, 10) nous montrent le pourcentage de temps « d'ouverture » et de « fermeture » avant la séance d'hypnose, et après.

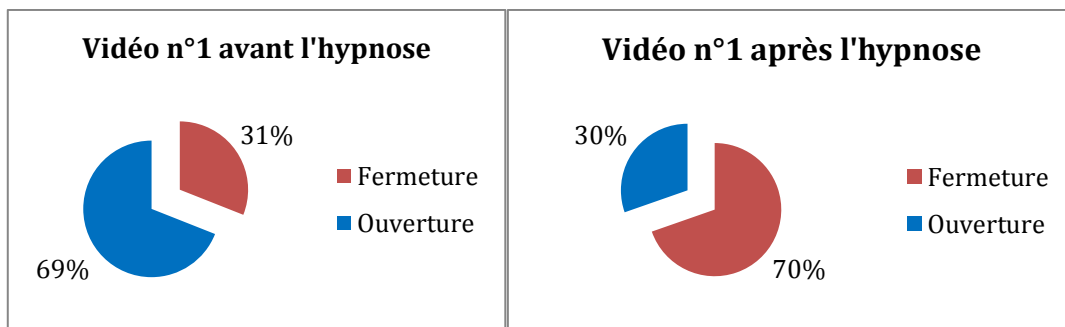


Figure 9 et Figure 10: Pourcentages de temps de fermeture avant et après l'hypnose

Nous pouvons voir sur les graphiques que la patiente a eu des mouvements de fermeture plus importants (au prorata du temps) après la séance d'hypnose qu'avant.

On pourra également constater qu'elle a ouvert les yeux et qu'une catalepsie spontanée du doigt de 14 secondes a été réalisée durant la séance d'hypnose. Nous pouvons alors supposer que la patiente est sortie de transe toute seule. Elle était d'ailleurs bien plus fermée qu'au début et utilisait plus d'haussement d'épaules que de hochements de tête pour répondre au praticien. Nous pouvons constater sur cet exemple que l'hypnose n'a pas été efficace sur « l'ouverture » de la patiente.

- Vidéo n°2

Présentation du patient et du praticien :

Un petit patient, âgé d'environ 6-7 ans, vient au cabinet dentaire du Docteur Barthe afin d'effectuer un bilan dentaire. On peut se rendre compte lors de l'observation de cette vidéo que ce patient est plutôt stressé, il n'aime pas venir chez le dentiste.

Analyse du langage non-verbal :

La vidéo dure 21 minutes et 21 secondes. Le graphe (Figure 11) montre le nombre d'occurrence des événements de chaque critère du langage non-verbal retenu. Chaque événement a été comptabilisé selon la méthode énoncée dans le chapitre précédent.

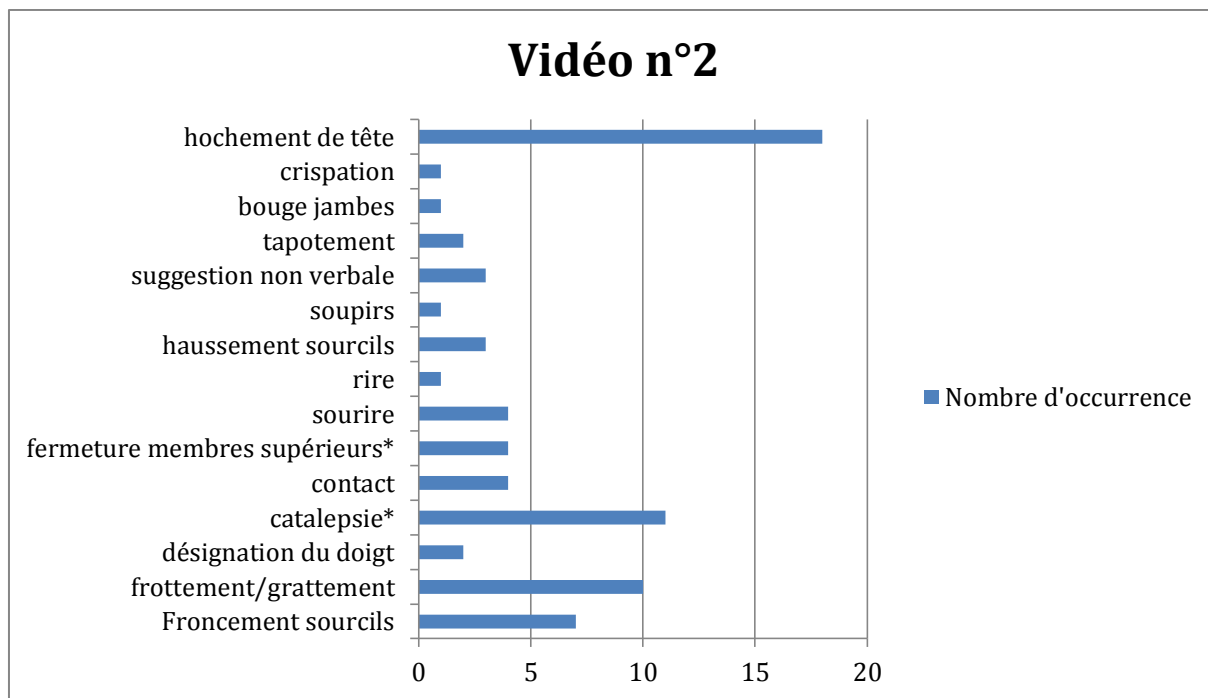


Figure 11 : Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal

Nous pouvons constater à l'aide de l'analyse vidéo et de ce graphique que le patient effectue un nombre considérable de catalepsie, ainsi que de frottements/grattements. Il fronce également beaucoup les sourcils durant la séance de soin. Nous pouvons sentir son malaise durant la séance et son impatience ainsi que sa « non-envie » d'être au cabinet dentaire.

Nous pouvons aussi remarquer qu'il n'effectue au final qu'assez peu d'occurrence de mouvements de fermeture (en termes de nombre de mouvements différents), malgré le fait qu'aucune hypnose formelle ne lui ait été faite.

Nous allons donc nous demander durant quel pourcentage de temps dans la vidéo ce jeune patient effectue des catalepsies spontanées, puis durant quel pourcentage de temps il a été « fermé » durant ce soin. Deux graphiques ci-dessous illustrent cela (Figure 12 et 13).

Ce patient est tout de même très coopératif, comme nous le montre ses hochements positifs (16/18) de tête nombreux.

Le graphe (Figure 12) représente le pourcentage de temps de « fermeture » et « d'ouverture » chez ce patient durant toute la vidéo par rapport au temps total de la vidéo.

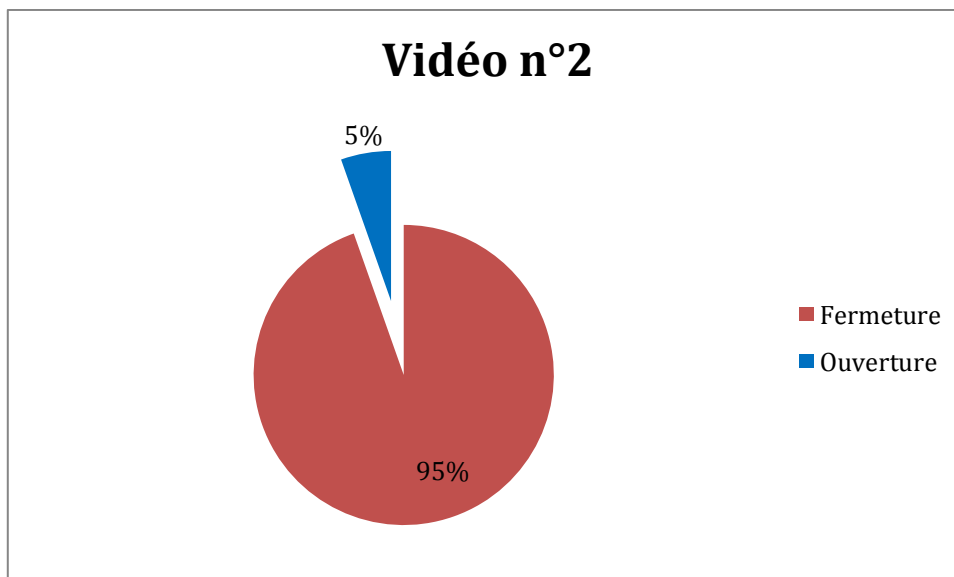


Figure 12 : Pourcentage de temps de fermeture

Nous pouvons remarquer sur ce graphique que le pourcentage de « fermeture » du patient est très fort, 95% du temps du soin. Le nombre d'occurrence de fermeture est faible, mais la durée de ces mouvements est importante. Le patient semble laisser ses pieds joints durant tout le soin et ne les a pratiquement plus bougés. Cette fermeture au niveau des pieds a débuté dès que le praticien a commencé à discuter avec sa mère.

Le graphe (Figure 13) représente le pourcentage de temps de « catalepsie » chez ce patient durant toute la vidéo par rapport au temps total de la vidéo.

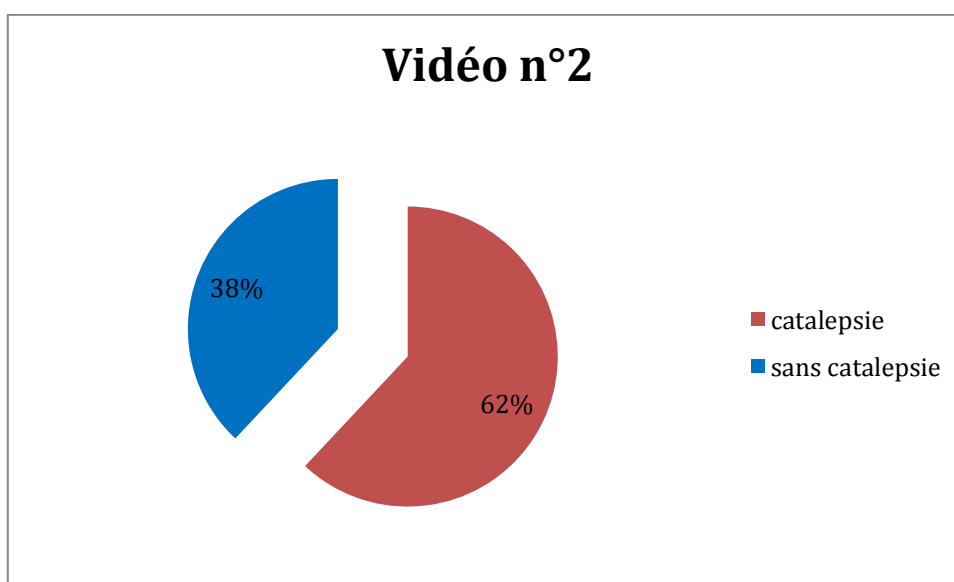


Figure 13 : Pourcentage de temps de catalepsie

La durée cumulée durant laquelle le patient est en catalepsie est très élevée, à 62% du temps de soin. On peut alors supposer que le patient n'aime pas être là et que son inconscient a besoin de contrôle sur une situation qui lui échappe.

Nous pouvons également remarquer que certaines catalepsies ont débuté ou se sont terminées à certains moments précis. Les catalepsies ont débuté à différents moments du soin :

- lorsque la mère s'est mise à parler de ses habitudes
- lorsque le praticien a dit à l'enfant que « ce n'était pas bien »
- lorsque le pied radiographique s'approche et que le praticien demande « d'ouvrir bien grand » (la bouche).

Les catalepsies se terminent par exemple lorsque le tube s'abaisse pour mettre fin à la radio, lorsque le praticien lui dit « voilà toutes propres » (un détartrage a été réalisé).

Ces catalepsies sont donc spontanées et provoquées par des débuts de situations dérangeantes pour le patient et elles se finissent lorsque ces situations se terminent également.

Nous pouvons donc supposer que la catalepsie est pour ce patient un mouvement sécuritaire.

- Vidéo n°3

Présentation du patient et du praticien :

Le Docteur Barthe, reçoit à son cabinet, un patient âgé d'une quarantaine d'année, afin de lui poser une couronne sur prémolaire. Durant ce soin, aucune séance d'hypnose n'a pu être réalisée. Cette vidéo nous sert alors de comparaison avec les vidéos d'hypnose formelle et informelle.

Analyse du langage non-verbal:

La vidéo dure 20minutes et 31secondes.

Le graphe (Figure 14) montre le nombre d'occurrence des évènements de chaque critère du langage non-verbal retenu. Chaque évènement a été comptabilisé selon la méthode énoncée dans le chapitre précédent.

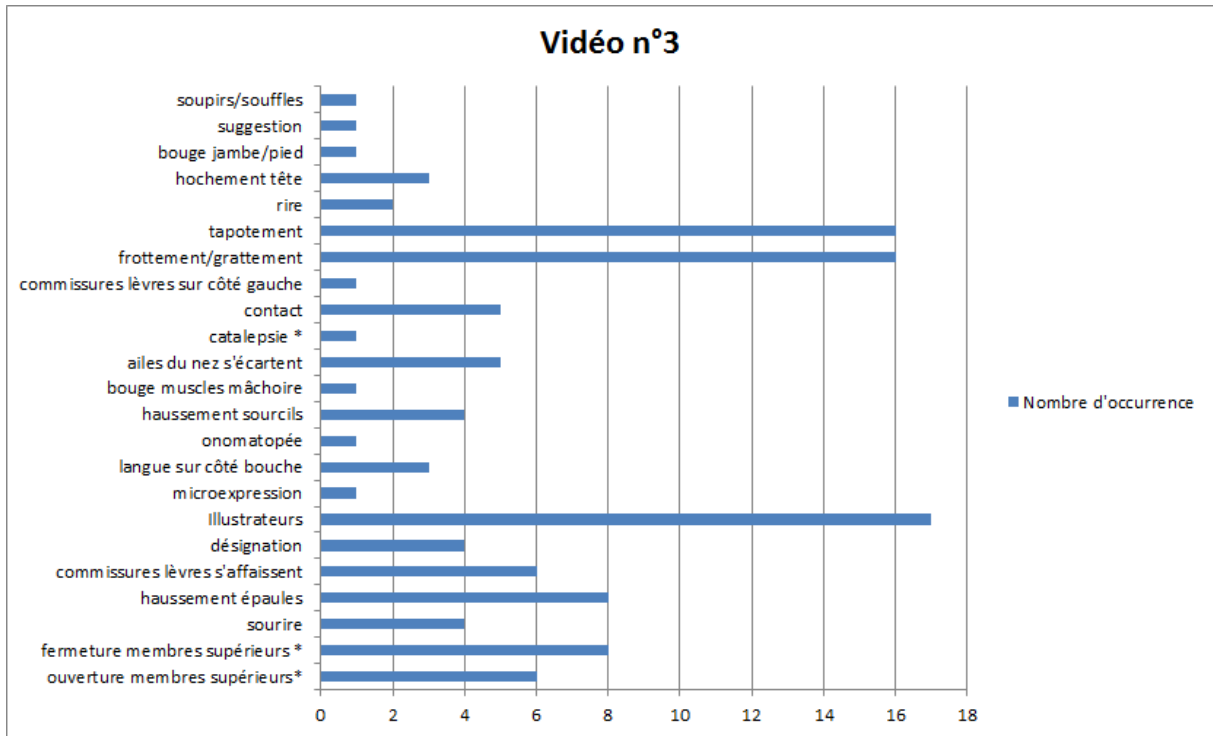


Figure 14: Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal

Nous pouvons observer sur cette vidéo et d'après ce graphique que le patient effectue de nombreux tapotements et frottements/grattements durant cette séance, particulièrement à la fin où nous pouvons sentir son impatience. Il utilise également bon nombre d'illustrateurs qui habille ainsi ses propos.

Nous pouvons également voir sur cette vidéo, que le patient a effectué des micro-expressions, qui en se référant aux émotions répertoriées par le Dr Ekman, sont : le dégoût (commissures des lèvres affaissées, nez relevé) et la surprise (haussement des sourcils, des épaules, écarquillement des yeux, ailes du nez ouvertes).

Le sentiment de dégoût apparaît lorsque le patient parle de lunettes ayant été réalisées par des amis à lui, nous pouvons supposer qu'elles n'étaient pas à son goût.

Enfin une catalepsie du pouce gauche a également été faite, au moment où le praticien a utilisé la soufflette pour bien sécher. Cette première s'est arrêtée au moment où la soufflette a été posée. La catalepsie n'avait pas été suggérée, elle a donc été spontanée, l'inconscient du patient ayant besoin de contrôler la situation à ce moment-là.

Le graphe (Figure 15) représente le pourcentage de temps de « fermeture » et « d'ouverture » chez ce patient durant toute la vidéo par rapport au temps total de la vidéo.

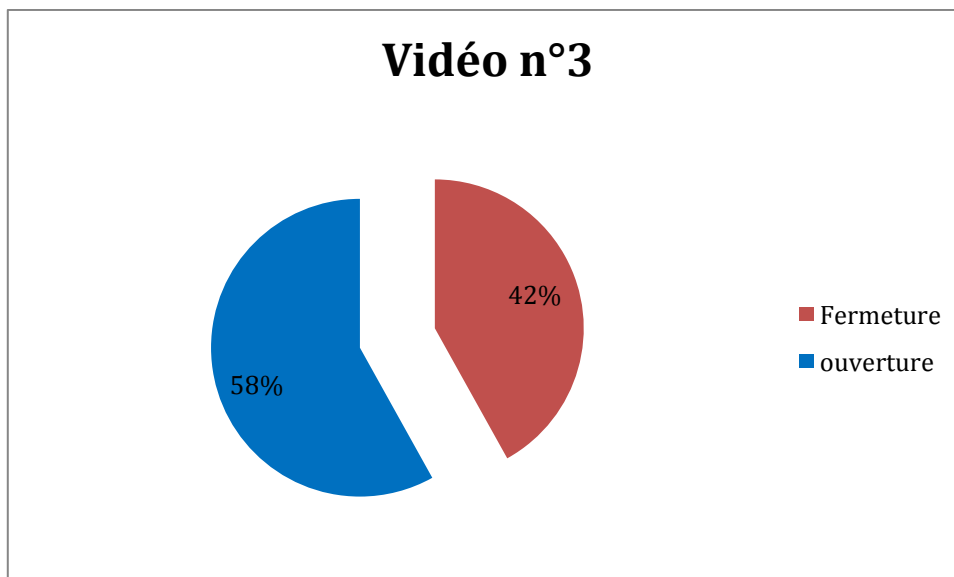


Figure 15 : Pourcentage de temps de fermeture

Nous pouvons constater que durant cette séance faite sans hypnose, le pourcentage de fermeture du patient est de 42%.

Temps (mins)	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	
Fermeture		416'					27'					
Ouverture												
Catalepsie							18'					

*Figure 16 : Temps de fermeture, d'ouverture et de catalepsie dans la vidéo

Selon le graphique (Figure 16), la période de fermeture a donc lieu surtout en début de séance, après c'est le tapotement et grattage/frottement qui prend le dessus, signe d'impatience.

- Vidéo n°4

Présentation de la patiente et du praticien :

Une patiente âgée d'environ 60 ans se présente au rendez-vous du Docteur Barthe afin d'effectuer le détartrage annuel.

Cette patiente a de la difficulté à ouvrir la bouche et le détartrage est très douloureux sans anesthésie préalable.

La transe (entre la première suggestion d'induction et les étirements) dure 24 minutes et 12 secondes.

Analyse du langage non-verbal:

La vidéo dure 30minutes et 52secondes.

Le graphe (Figure 17) montre le nombre d'occurrence des événements de chaque critère du langage non-verbal retenu. Chaque événement a été comptabilisé selon la méthode énoncée dans le chapitre précédent.

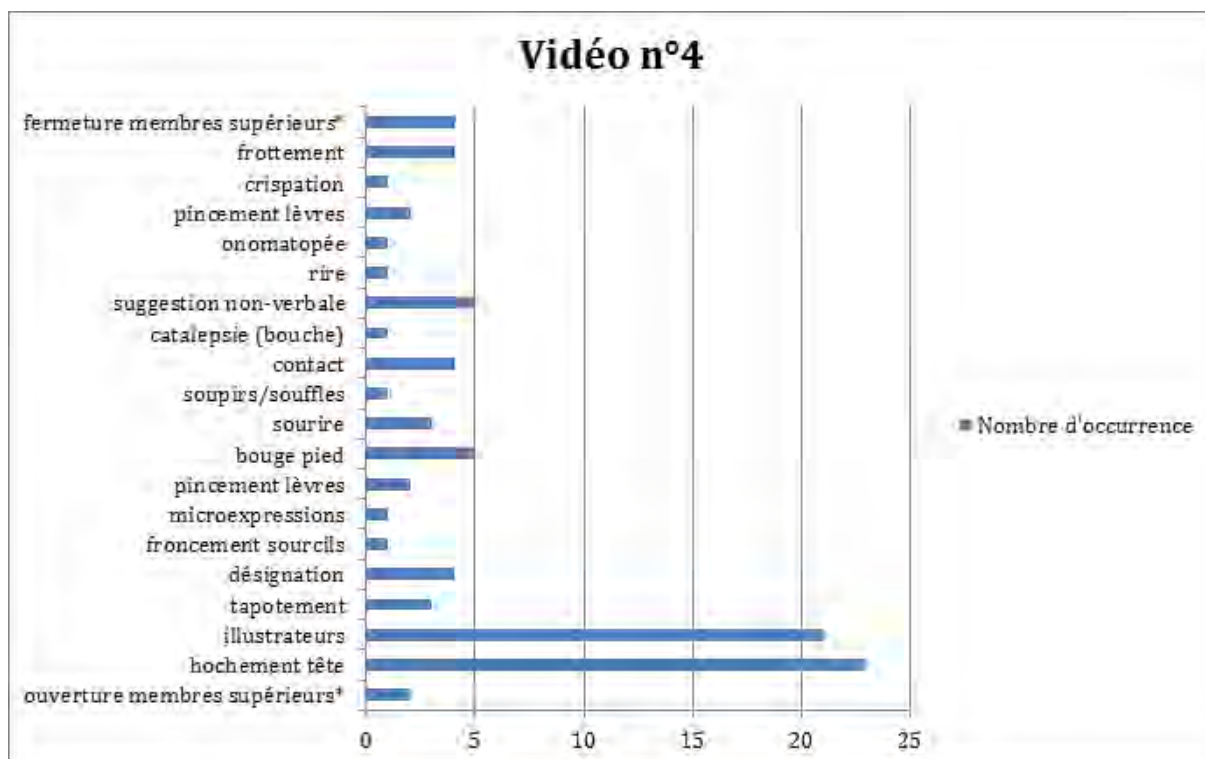


Figure 17 : Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal

Nous pouvons constater sur le graphique ci-dessus et grâce à l'analyse vidéo que la patiente utilise de nombreux illustateurs et hochements de tête positifs lors du débriefing de fin sur son expérience de transe. Elle était très satisfaite et a avoué avoir été plus profondément en transe que les fois précédentes (séances précédentes avec le Dr Barthe, non filmées) malgré la présence de bruits de travaux. Elle explique qu'une nouvelle image est apparue dans son « souvenir agréable » (induction de transe), ce qui lui a permis d'entrer plus profondément en transe.

Au début de cette vidéo, une constatation semble intéressante à faire : en effet, la patiente a suivi (*leading*) le praticien en tapant sur les cuisses exactement de la même façon que lui. De même, à la fin de la séance ils ont tous les deux levés les bras de la même manière, au même moment. On peut donc bien sentir une synchronisation entre le praticien et sa patiente.

Nous pouvons constater que cette patiente a très peu de mouvements de fermeture, nous allons donc nous demander avec quel pourcentage, la patiente a été « fermée » durant ce soin.

Le graphe (Figure 18) représente le pourcentage de temps de « fermeture » et « d'ouverture » chez cette patiente durant toute la vidéo par rapport au temps total de la vidéo.

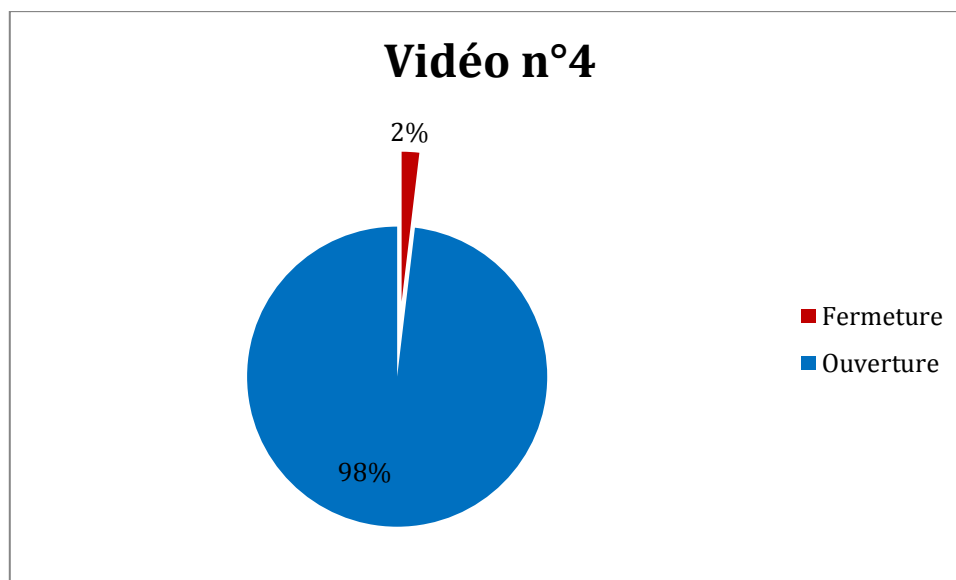


Figure 18 : Pourcentage de temps de fermeture

A l'aide de ce graphique, nous pouvons voir que la patiente a eu peu de mouvements de fermeture, de l'ordre de 2% en termes de durée relative, ce qui est très faible par rapport aux autres vidéos observées.

- Vidéo n°5

Présentation de la patiente et du praticien :

Une femme d'environ 50 ans, institutrice, vient au cabinet dentaire du Docteur Barthe pour effectuer un détartrage qu'elle a l'habitude de faire tous les 6 mois. Nous pouvons observer dans la vidéo qu'elle cherche à se déculpabiliser car son dernier détartrage date d'il y a un an. Elle « attaque » alors le praticien sur les longs délais pour avoir un rendez-vous.

Analyse du langage non-verbal:

La vidéo dure 36 minutes et 37 secondes.

Le graphe (Figure 19) montre le nombre d'occurrence des événements de chaque critère du langage non-verbal retenu. Chaque événement a été comptabilisé selon la méthode énoncée dans le chapitre précédent.

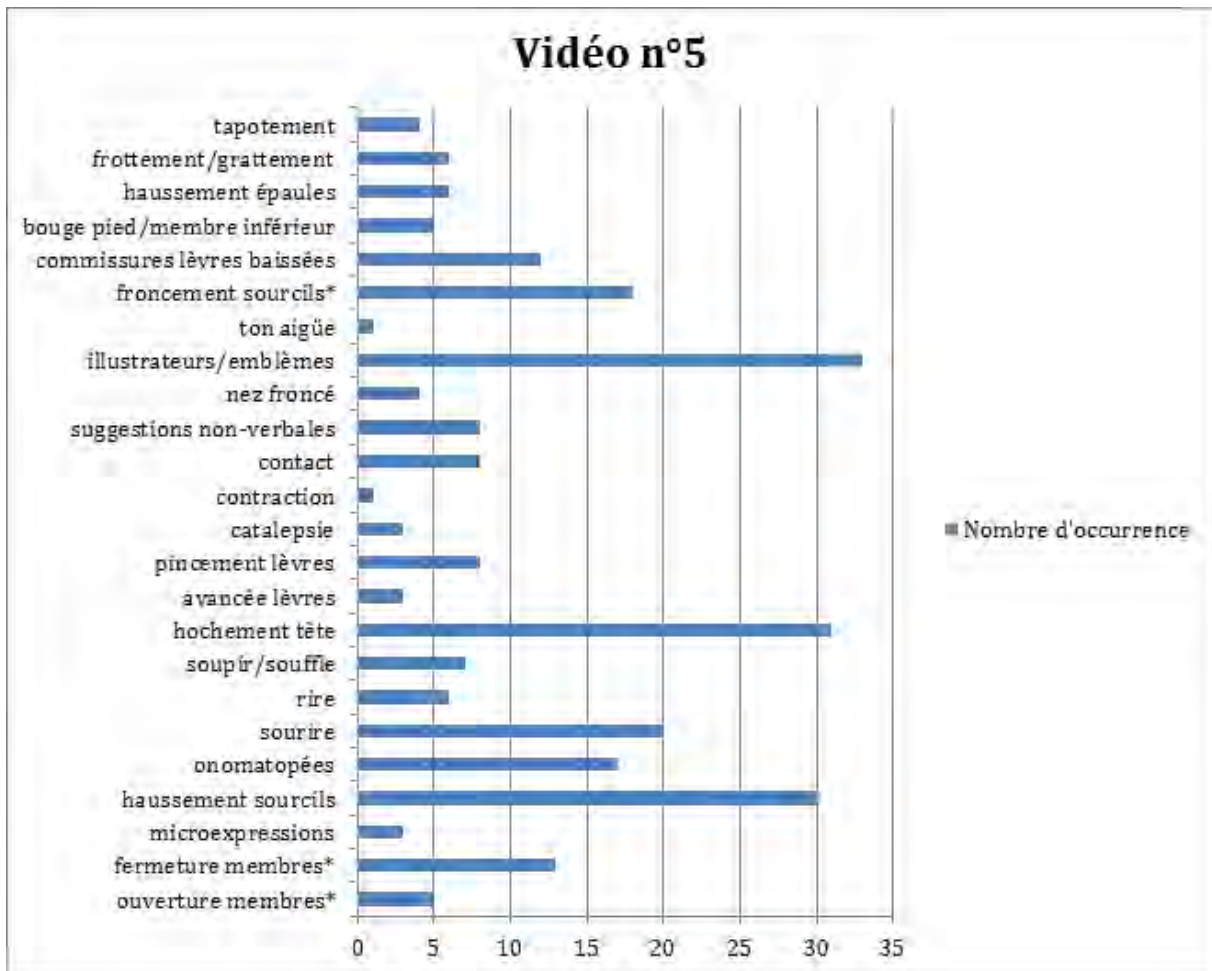


Figure 19 : Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal

La patiente n'aime pas le détartrage, c'est pourquoi il y a un grand nombre de froncements de sourcils, de commissures de lèvres baissées et de mouvements de fermeture. Ces mouvements sont presque exclusivement retrouvés avant la séance d'hypnose.

Deux expressions faciales très caractéristiques nous permettent de comprendre les émotions ressenties par la patiente face au détartrage :

- Commissures des lèvres affaissées, sourcils rapprochés et froncés : représente l'expression de la tristesse selon le Docteur Ekman.
- Froncement du nez et des sourcils : représente le dégoût selon le Docteur Ekman.

- Muscles du cou contractés, commissures des lèvres vers l'arrière, haussement des sourcils : représente l'expression d'un « épouvantable dégoût » (c'est une expression combinée).

Cette patiente cherche à être en contrôle en utilisant des onomatopées lorsqu'elle ne peut pas parler ; sauf lors de la séance d'hypnose où nous pouvons observer un grand apaisement.

Nous avons également pu voir une contradiction entre l'expression verbale et corporelle : la patiente répond qu'elle va bien mais elle hoche la tête de droite à gauche en même temps. Le « oui » n'étant ici pas corporel, nous pouvons penser que la patiente ne va pas si bien que cela avant la séance d'hypnose. Les expressions faciales relevées peuvent ainsi confirmer cette affirmation.

Le graphe (Figure 20) représente le pourcentage de temps de « fermeture » et « d'ouverture » chez cette patiente durant toute la vidéo par rapport au temps total de la vidéo.

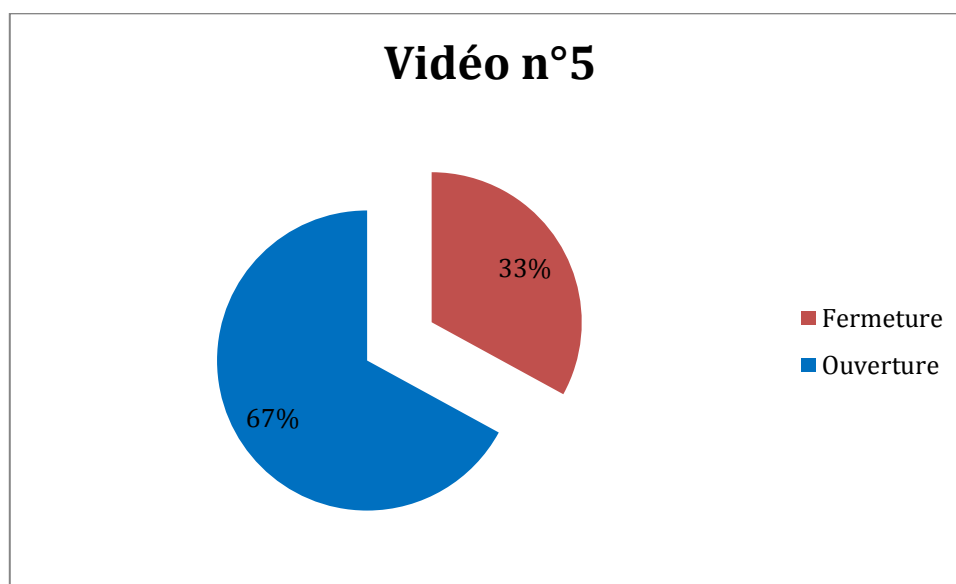


Figure 20 : Pourcentage de temps de fermeture

La patiente a été « fermée » durant pratiquement tout le début de la séance, 98% du temps, avant que l'hypnose ne soit mise en place et suggérée. A partir du début de l'induction, les mouvements de fermeture ont été plus faibles avec 18% durant l'hypnose et 10% après le soin et la séance d'hypnose. (Figure 21 à 23)

Les graphes (Figures 21, 22 et 23) représentent le pourcentage de temps de « fermeture » et « d'ouverture » chez cette patiente durant toute la vidéo par rapport au temps total de la vidéo, avant la séance d'hypnose, pendant et après.

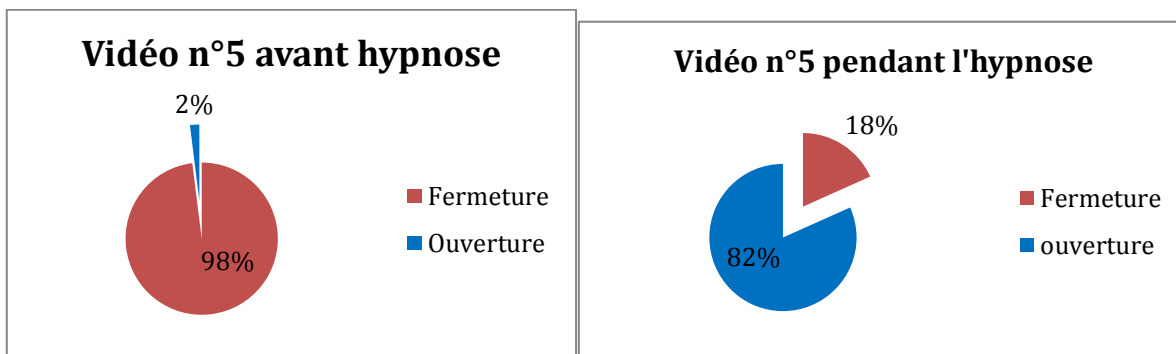


Figure 21 et Figure 22 : Pourcentage de temps de fermeture avant, pendant la séance d'hypnose

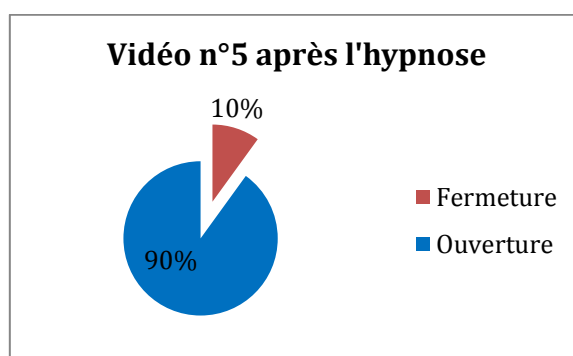


Figure 23 : Pourcentage de temps de fermeture après la séance d'hypnose

- Vidéo n° 6

Présentation de la patiente et de la praticienne :

Une jeune patiente de 12 ans, se présente au cabinet dentaire avec sa mère, pour un bilan bucco-dentaire. Plusieurs petites caries sont découvertes, ce qui aboutit à des soins conservateurs durant la séance. C'est son premier rendez-vous au cabinet du Docteur Arama. La mère semble plus anxieuse que la jeune fille. Le Docteur propose à la patiente une séance de « relaxation » afin de soigner ses dents en toute sérénité. Elle utilise le mot « relaxation » pour ne pas que le mot « hypnose » effraie la patiente, et elle réalise avec son assistante une hypnose formelle.

Durant tout le soin, la mère bougeait et voulait voir le visage de sa fille. Elle écoutait tout ce qui se disait et était très attentive à la séance. Elle est elle-même partie en transe avec le regard fixe durant quelques minutes.

Lors du débriefing final, la dentiste m'a dit que la respiration de la patiente était lente, calme et régulière mais ceci n'est pas perceptible à la vidéo.

Analyse du langage non-verbal :

La vidéo dure 13 minutes et 35 secondes.

Le graphe (Figure 24) montre le nombre d'occurrence des événements de chaque critère du langage non-verbal retenu. Chaque événement a été comptabilisé selon la méthode énoncée dans le chapitre précédent.

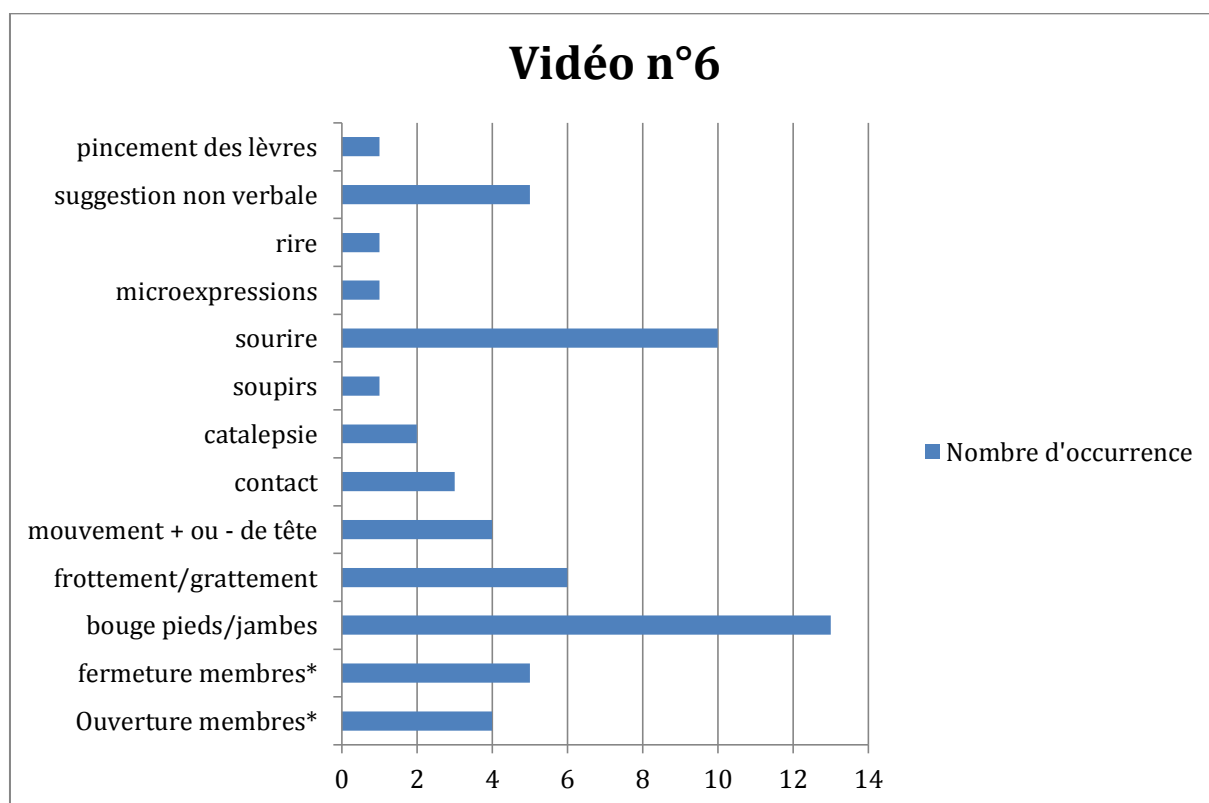


Figure 24 : Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal vidéo n°6

Nous pouvons remarquer sur le graphique ci-dessus une majorité de mouvements de pieds et de sourire durant le soin. Les mouvements de pied sont dus au fait que l'assistante (également formée à l'hypnose) a suggéré à la patiente de « respirer » par les pieds, c'est donc de cette manière que l'inconscient de cette dernière s'exprime durant la transe. Le sourire a eu

particulièrement une forte prédominance à la fin du soin, la patiente ayant été très contente de cette expérience.

Une micro-expression faciale nous permet de comprendre les émotions ressenties par la patiente :

- Commissures des lèvres relevées : représente l'expression de la joie selon le Docteur Ekman.

Le graphe (Figure 25) représente le pourcentage de temps de « fermeture » et « d'ouverture » chez cette patiente durant toute la vidéo par rapport au temps total de la vidéo.

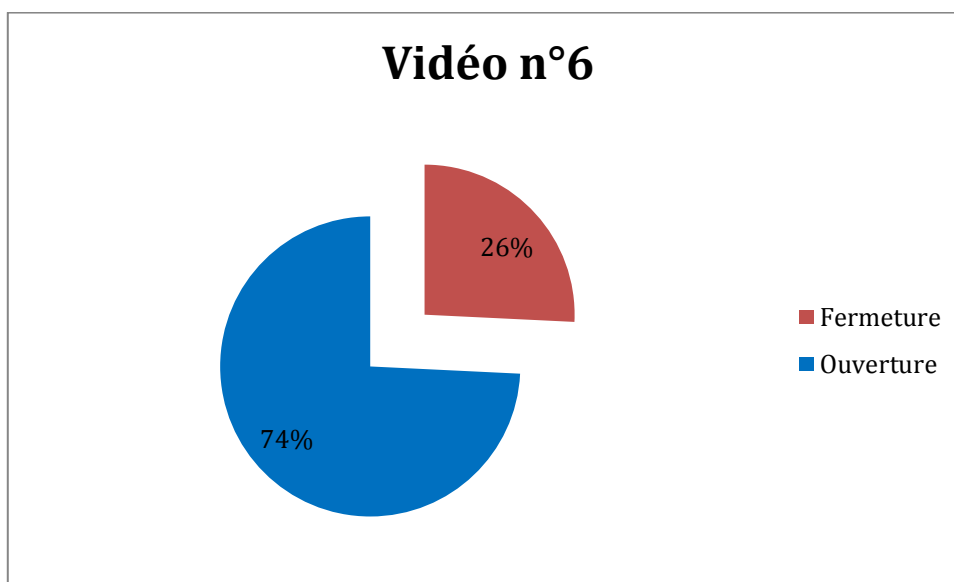


Figure 25 : Pourcentage de temps de fermeture vidéo n°6

On peut observer grâce à ce deuxième graphique que les mouvements de fermeture représentent 26% de toute la séance, et 12% de ces 26% sont des mouvements légers de fermeture.

La fermeture la plus importante et la plus longue, est liée à l'échange d'une fraise entre l'assistante et la praticienne devant le visage de la patiente, alors que cette dernière était en transe et les yeux fermés.

- Vidéo n°7

Présentation de la patiente et de la praticienne :

Une patiente très phobique, adressée par un confrère, vient pour une seconde consultation au cabinet du Docteur Mocquet. Lors de la première consultation, la patiente avait refusé de s'asseoir sur le fauteuil. Cette consultation est une consultation de première hypnose, se réalisant alors sans soin dentaire.

Analyse du langage non-verbal :

La vidéo dure 34 minutes et 41 secondes. Cette séance comporte trois tranches.

Les durées de chacune des trois tranches, entre l'induction et l'étirement sont respectivement : 8minutes et 24secondes ; 5 minutes et 34 secondes ; 6 minutes et 28 secondes.

Le graphe (Figure 26) montre le nombre d'occurrence des événements de chaque critère du langage non-verbal retenu. Chaque événement a été comptabilisé selon la méthode énoncée dans le chapitre précédent.

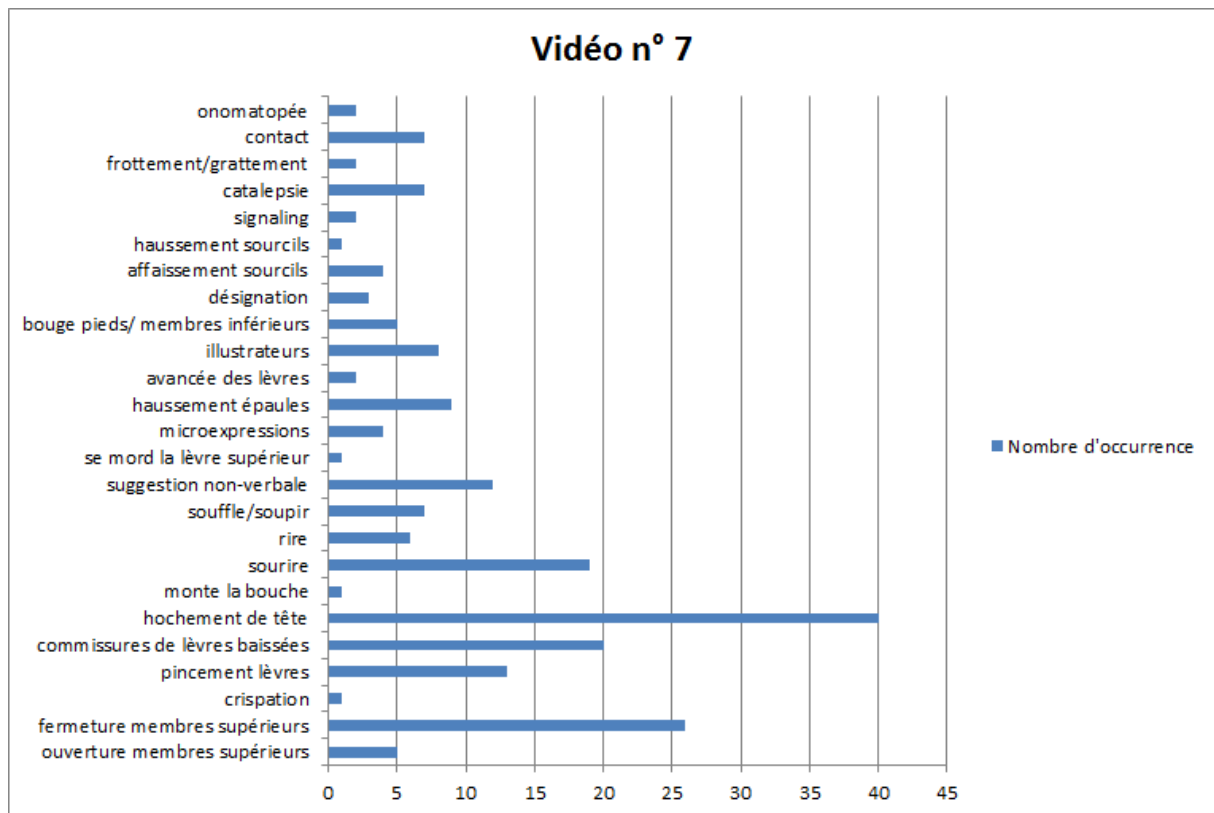


Figure 26 : Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal vidéo n°7

Nous pouvons donc retirer de cette vidéo, que cette patiente résiste à l'hypnose. Elle effectue beaucoup de mouvements de tête en signe de dénégation et les commissures de ses lèvres sont souvent abaissées. Nous pouvons remarquer qu'elle effectue également de nombreux mouvements de fermeture des membres supérieurs, malgré toute une séance sous hypnose. Elle sourit tout de même beaucoup, bien que ses sourires n'atteignent que rarement les yeux. On peut penser qu'elle cherche à faire bonne impression et qu'elle veut malgré tout faire plaisir à la dentiste. Trois techniques d'hypnose ont été réalisées sur cette patiente : « souvenir agréable », « gant magique », « stylo magique », dans cet ordre. Nous pouvons remarquer que la technique ayant le mieux fonctionné est celle où la patiente a eu un sourire qui a atteint ses yeux, avec des ridules s'y formant : lors du souvenir agréable. Nous pouvons alors supposer que cette jeune patiente est plutôt visuelle que kinesthésique, ou bien que la résistance a été moindre du fait qu'elle ne savait pas à quoi s'attendre lors de son premier essai en hypnose. Deux expressions faciales très caractéristiques nous permettent de comprendre les émotions ressenties par la patiente face aux soins dentaires :

- Commissures des lèvres affaissées, sourcils affaissés : représente l'expression de la tristesse selon le Docteur Ekman.
- Pincement des lèvres, sourcils froncés : représente la colère selon le Dr Ekman

Elle a également utilisé des hochements de tête en micro-expressions de droite à gauche, juste à la fin des séances d'hypnose.

Le graphe (Figure 27) représente le pourcentage de temps de « fermeture » et « d'ouverture » chez cette patiente durant toute la vidéo par rapport au temps total de la vidéo.

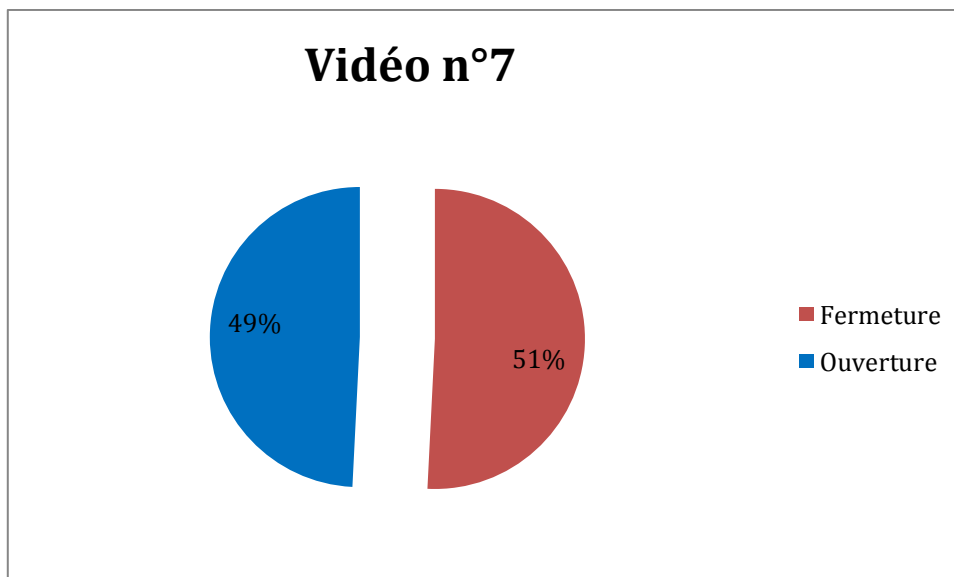


Figure 27 : Pourcentage de temps de fermeture vidéo n°7

Nous pouvons constater que la patiente a été « fermée » durant 51% du temps, dont 61% de fermetures légères.

- Vidéo n° 8

Présentation de la patiente et de la praticienne :

Nous retrouvons dans cette vidéo la patiente phobique de la vidéo n°7. Durant cette séance de soin, la patiente ne sera pas sous hypnose formelle, mais la praticienne, le Docteur Mocquet, utilisera tout le long de l'hypnose conversationnelle et parviendra ainsi à effectuer le traitement d'une carie avec anesthésie.

Analyse du langage non-verbal :

La vidéo dure 29minutes et 15secondes.

Le graphe (Figure 28) montre le nombre d'occurrence des événements de chaque critère du langage non-verbal retenu. Chaque événement a été comptabilisé selon la méthode énoncée dans le chapitre précédent.

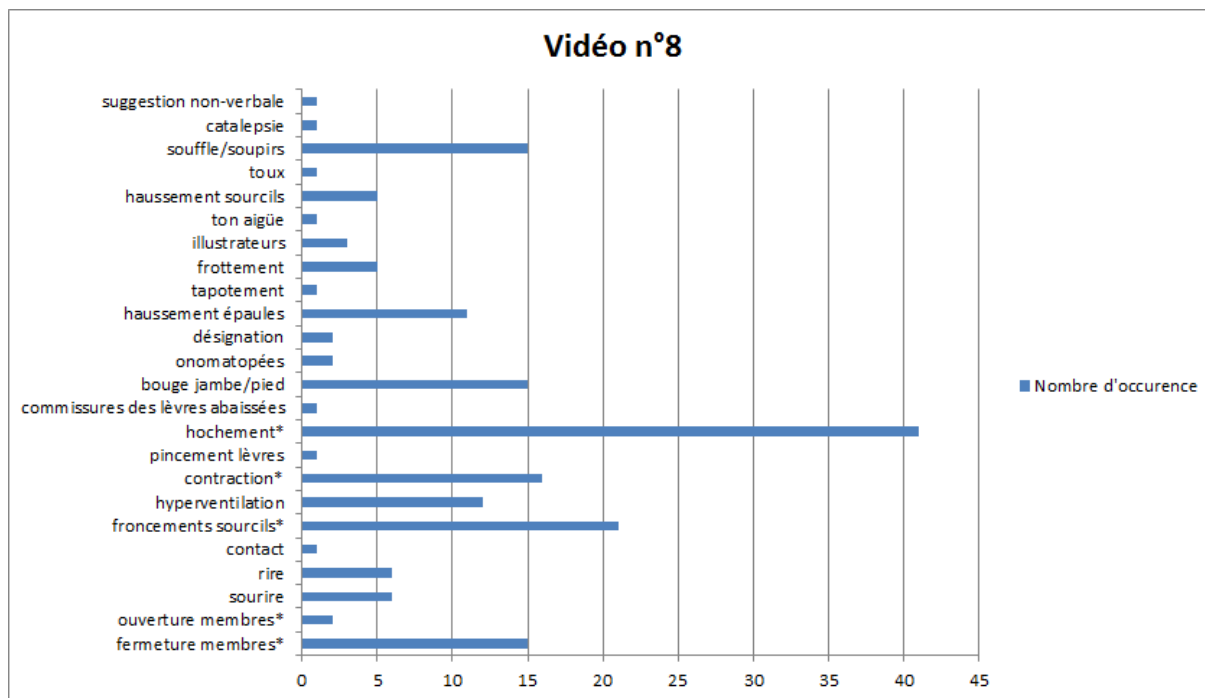


Figure 28 : Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal vidéo n°8

La jeune fille est une patiente phobique des soins dentaires, et nous pouvons observer sur le graphe (figure 28) que durant tout le soin, elle effectuait des mouvements de crispation :

- Mains agrippées au fauteuil, contraction de tout le corps, hyperventilation, fronçements des sourcils.

Ainsi que des expressions faciales :

- Sourcils abaissés, commissures des lèvres affaissées : représente l'expression de la tristesse.

Le graphe (Figure 29) représente le pourcentage de temps de « fermeture » et « d'ouverture » chez cette patiente durant toute la vidéo par rapport au temps total de la vidéo.

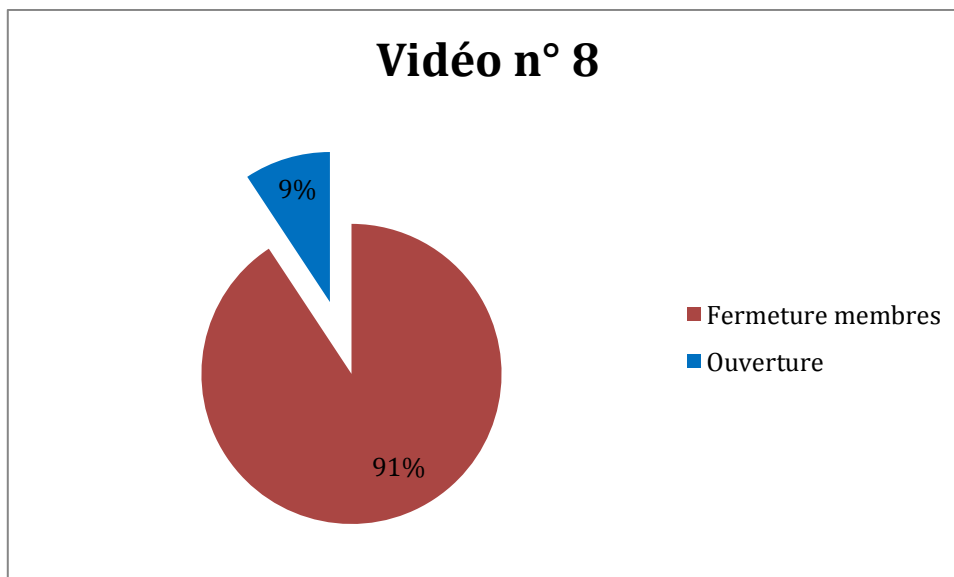


Figure 29 : Pourcentage de temps de fermeture vidéo n°8

Le graphe (Figure 29) montre que la patiente a un pourcentage de 91% de fermeture durant le soin.

Le graphe (Figure 30) représente les critères non-punctuels effectués par la patiente lors du soin afin de définir à quel moment de la vidéo et durant combien de temps la patiente réalise ces mouvements.

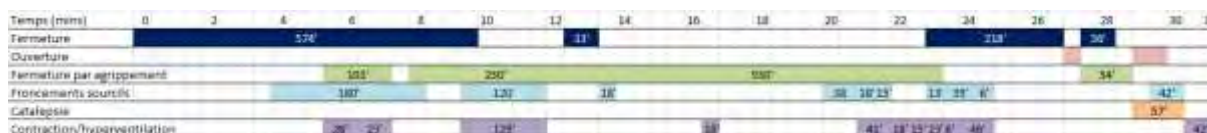


Figure 30 : Représentation des critères non-punctuels dans la vidéo n°8

Durant cette séance, la patiente est très contractée et tendue. Elle a également froncé les sourcils pendant pratiquement tout le soin. Pourtant, elle a suivi la praticienne comme nous le montre ses multiples hochements, et parvenait même à rire et sourire à certains propos et mots d'humour.

Nous avons pu observer une modification dans la voix lorsque la dentiste lui a parlé de l'anesthésie, cette dernière avait un trémolo dans la voix ainsi qu'un ton plus aigüe. Elle a finalement réussi à passer cette étape avec succès. Ses membres ont également été fermés également durant pratiquement tout le soin (par agrippement et mains croisées).

Comparé à la vidéo n°7 (fermeture de 51%), la patiente a semblé plus fermée dans cette vidéo (91%). Contrairement à ce qu'on pourrait attendre, il n'y a pas de diminution de fermeture par rapport à la vidéo n°7 (même patiente), cela peut s'expliquer par :

- Une séance de soin dentaire dans la deuxième vidéo alors qu'à la première il n'y avait qu'une séance d'hypnose seule.
 - Une hypnose informelle a été réalisée à la deuxième séance alors qu'une hypnose formelle a été faite dans la première vidéo.
- Vidéo n°9

Présentation de la patiente et de la praticienne :

Une femme d'environ 40-50 ans se présente au cabinet dentaire du Docteur Mocquet afin de traiter une carie. Cette patiente est habituée aux soins sous hypnose. Elle explique qu'avant de connaître l'hypnose, elle était recroquevillée sur le fauteuil tellement elle avait peur.

Nous avons réalisé ci-dessous un graphique avec les nombres d'occurrences du comportement non-verbal de cette patiente en deux parties. La première partie représente le pré-talk et le soin de la carie sous hypnose avec anesthésie, et la seconde partie, la suite du soin sans hypnose.

Analyse du langage non-verbal :

La vidéo dure 22 minutes et 12 secondes. La première partie dure 11 minute et 52 secondes, et la deuxième 10 minutes et 20 secondes, soit des durées équivalentes.

Le graphe (Figure 31) montre le nombre d'occurrence des événements de chaque critère du langage non-verbal retenu. Chaque événement a été comptabilisé selon la méthode énoncée dans le chapitre précédent.

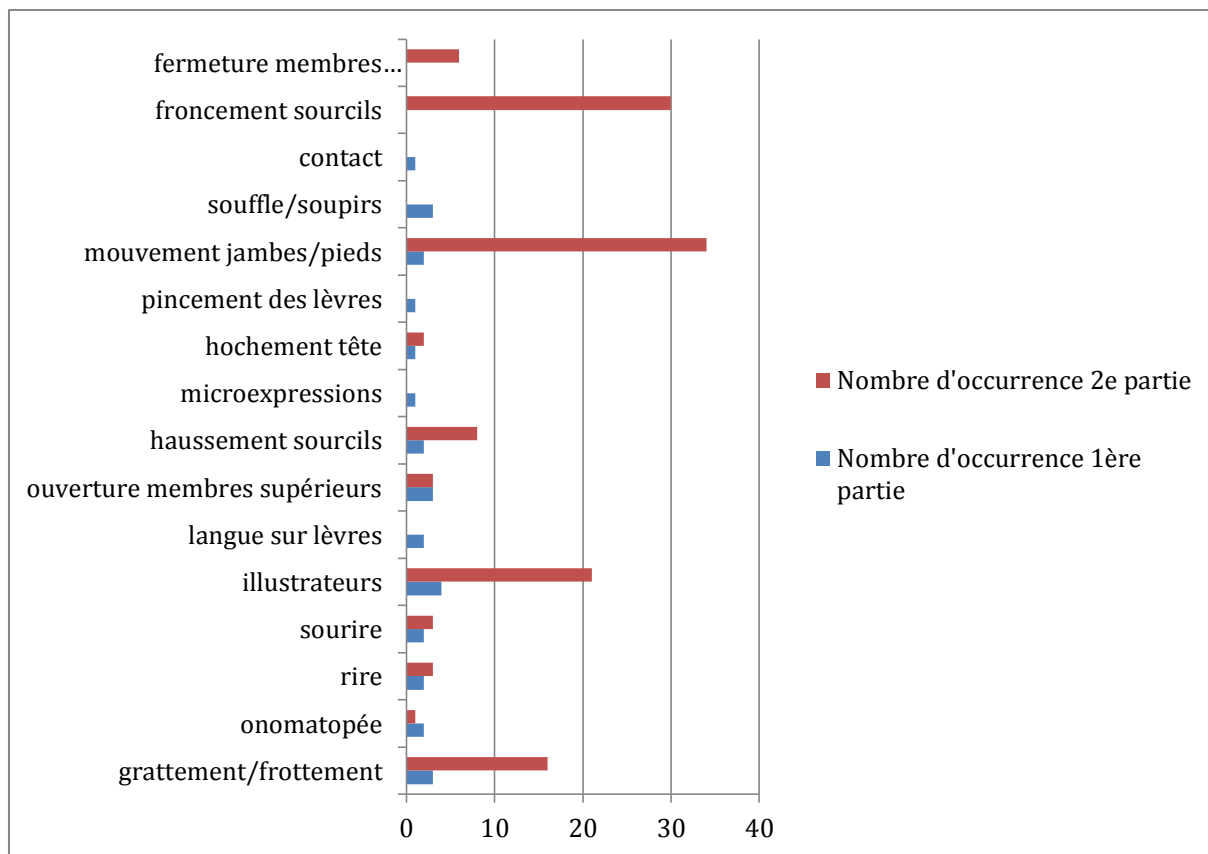


Figure 31 : Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal

La patiente est une habituée des séances d'hypnose lors de soins dentaires.

Nous pouvons observer sur le graphe (figure 31), une grande différence au niveau des mouvements corporels lors de la partie des soins sous hypnose (1^{ère} partie) et lors de la partie des soins sans hypnose (2^e partie). Globalement, le nombre d'occurrence des mouvements répertoriés est plus important dans la 2^e partie, car la patiente coupait constamment le soin pour parler. Nous pouvons également constater la présence des sourcils froncés dans la deuxième partie alors qu'ils sont totalement exempts de la première. Elle a d'ailleurs dit à la praticienne qu'elle aurait préféré que tout le soin se fasse sous hypnose.

Une micro-expression faciale nous permet de comprendre les émotions ressentis par la patiente face :

- Haussement et rapprochement des sourcils, lèvres tirées vers l'arrière, yeux écarquillés : représente l'expression de la peur selon le Docteur Ekman. La patiente dira d'ailleurs par la suite « c'est terrible les phobies » ; l'expression faciale ayant précédée le langage verbal.

Le graphe (Figure 32) représente le pourcentage de temps de « fermeture » et « d'ouverture » chez cette patiente durant toute la vidéo par rapport au temps total de la vidéo.

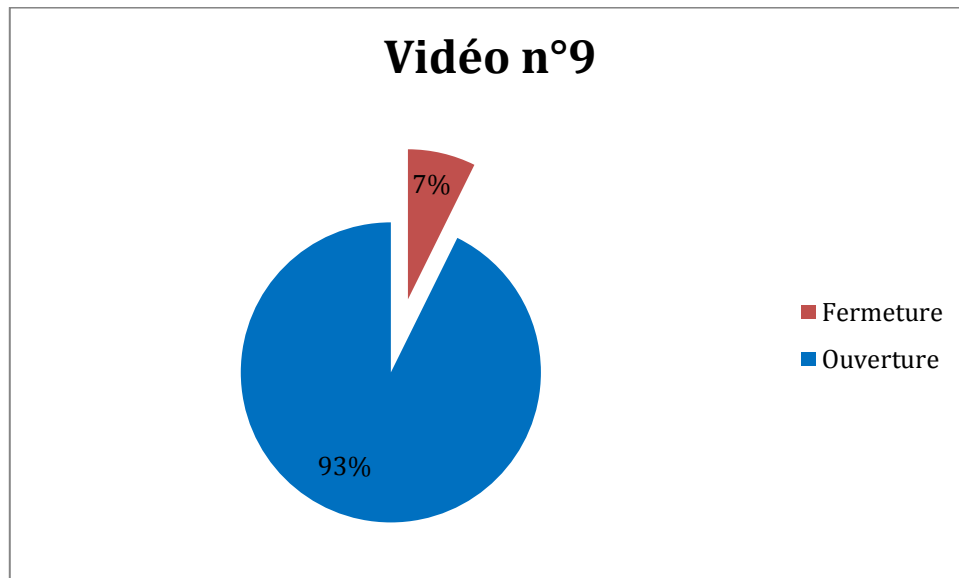


Figure 32 : Pourcentage de temps de fermeture

Nous pouvons observer sur ce graphique que lors du soin sous hypnose, malgré le pré-talk il y a tout de même peu de mouvements, contrairement à la suite du soin sans hypnose, où la patiente a avoué être anxieuse. Nous observons donc dans cette deuxième partie une nette majoration des mouvements de jambes et de grattements/frottements. On peut en déduire une congruence importante entre l'état d'anxiété et le nombre de mouvements répertoriés par la méthode proposée.

La majoration d'illustrateurs s'explique par le fait que la patiente parlait beaucoup durant cette fin de soin, dès qu'un instrument lui était retiré de la bouche. Elle a également froncé les sourcils durant pratiquement toute la durée de cette fin de séance.

- Vidéo 10

Présentation du patient et du praticien :

Un patient entre 30 et 40ans vient au cabinet dentaire du Dr Gutleben Pierre, afin d'enlever ses amalgames infiltrés et les remplacer par des composites. Ce n'est pas la première séance qu'il effectue avec ce praticien. Au départ il est venu le voir afin d'avoir des séances de soin sous hypnose car ce patient est soumis à des malaises assez impressionnants lors de chaque

séance de soin dentaire sans hypnose. D'ailleurs dès que son malaise est évoqué, le patient se frotte les doigts puis croise les bras ; exprimant un repli, un renfermement sur lui-même.

Analyse du langage non-verbal :

La vidéo dure 59 minutes et 56 secondes.

La transe a duré environ : 43 minutes et 13 secondes.

Le graphe (Figure 33) montre le nombre d'occurrence des événements de chaque critère du langage non-verbal retenu. Chaque événement a été comptabilisé selon la méthode énoncée dans le chapitre précédent.

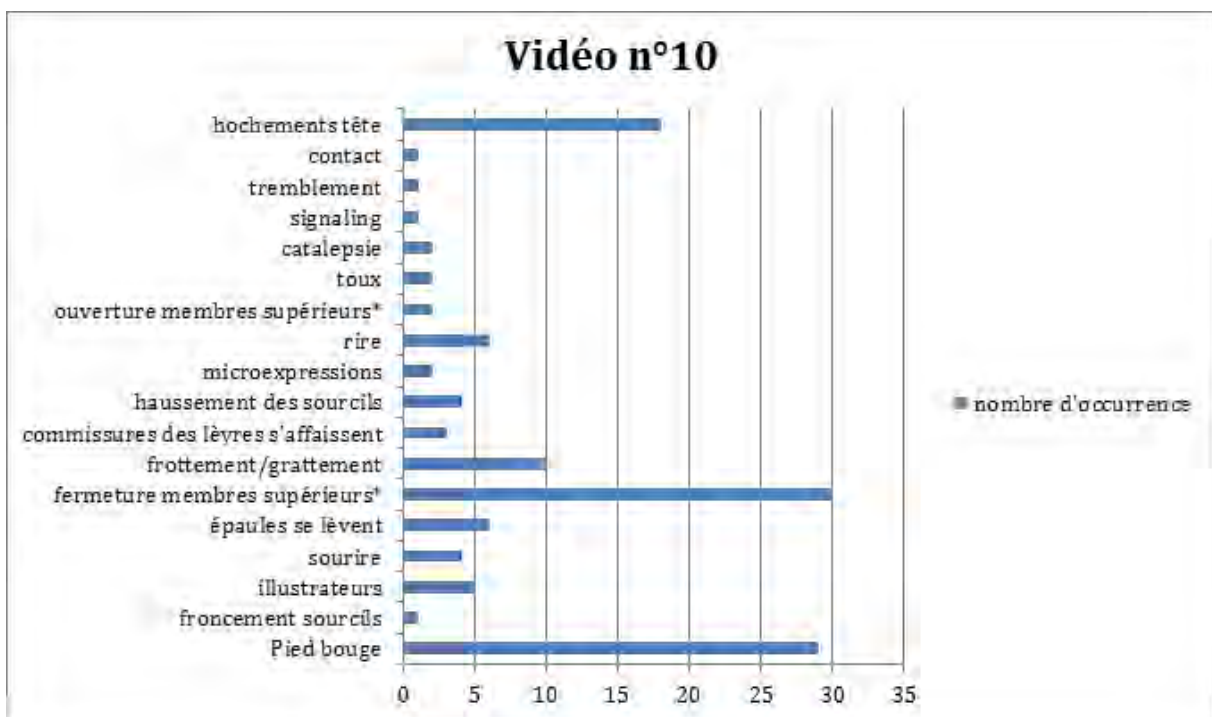


Figure 33 : Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal vidéo n°10

Nous pouvons observer ses mouvements avant et après le soin chez ce patient. Durant le soin et donc durant la transe, le patient n'a pas réalisé de mouvements non-verbaux, à part la réalisation de deux catalepsies suggérées par le praticien et une abréaction de tremblement.

La catalepsie a permis ainsi à l'assistante et au praticien de repérer ce tremblement à hauteur des yeux et d'ainsi s'adapter au mieux. Nous pouvons également remarquer que ses pieds ne cessent de bouger lors du pré-talk, puis sont totalement immobiles lors de la transe et du soin.

Le graphe (Figure 34) représente le pourcentage de temps de « fermeture » et « d'ouverture » chez ce patient durant toute la vidéo par rapport au temps total de la vidéo.

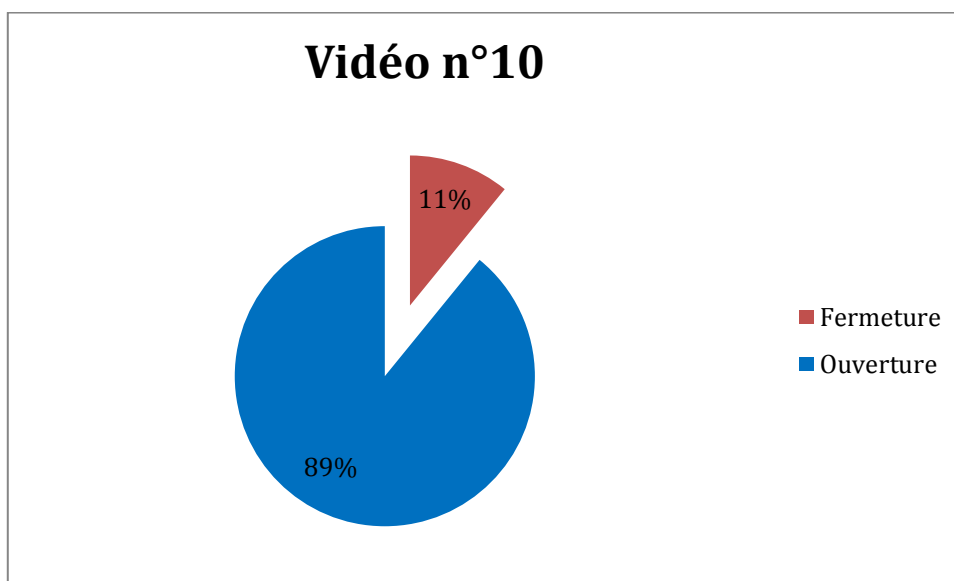


Figure 34 : Pourcentage de temps de fermeture vidéo n°10

Ainsi, le patient a un pourcentage de fermeture de 11%. Le patient est un habitué des séances d'hypnose.

- Vidéo n°11

Présentation de la patiente et du praticien :

Une femme âgée d'environ 60 ans, infirmière à la retraite, se présente au cabinet dentaire du Docteur Gutleben pour une séance d'hypnose sans soins, afin, par la suite, de réaliser des soins sur ses incisives maxillaires sous hypnose. Cette première séance est un apprentissage de l'hypnose et une découverte pour cette patiente. Elle est « obnubilée » par ses incisives maxillaires qui ont subi plusieurs traitements dentaires et cela la handicape au quotidien.

Nous avons réalisé ci-dessous un graphique (Figure 35) représentant le nombre d'occurrence de critères de comportements retenus.

Analyse du langage non-verbal :

La vidéo dure 1 heure, 30minutes et 5secondes.

Deux tranches ont été réalisées de 25minutes à l'aide d'une technique de Rossi, et 15minutes pour la seconde grâce à une forme de catalepsie. Le graphe (Figure 35) montre le nombre

d'occurrence des évènements de chaque critère du langage non-verbal retenu. Chaque évènement a été comptabilisé selon la méthode énoncée dans le chapitre précédent.

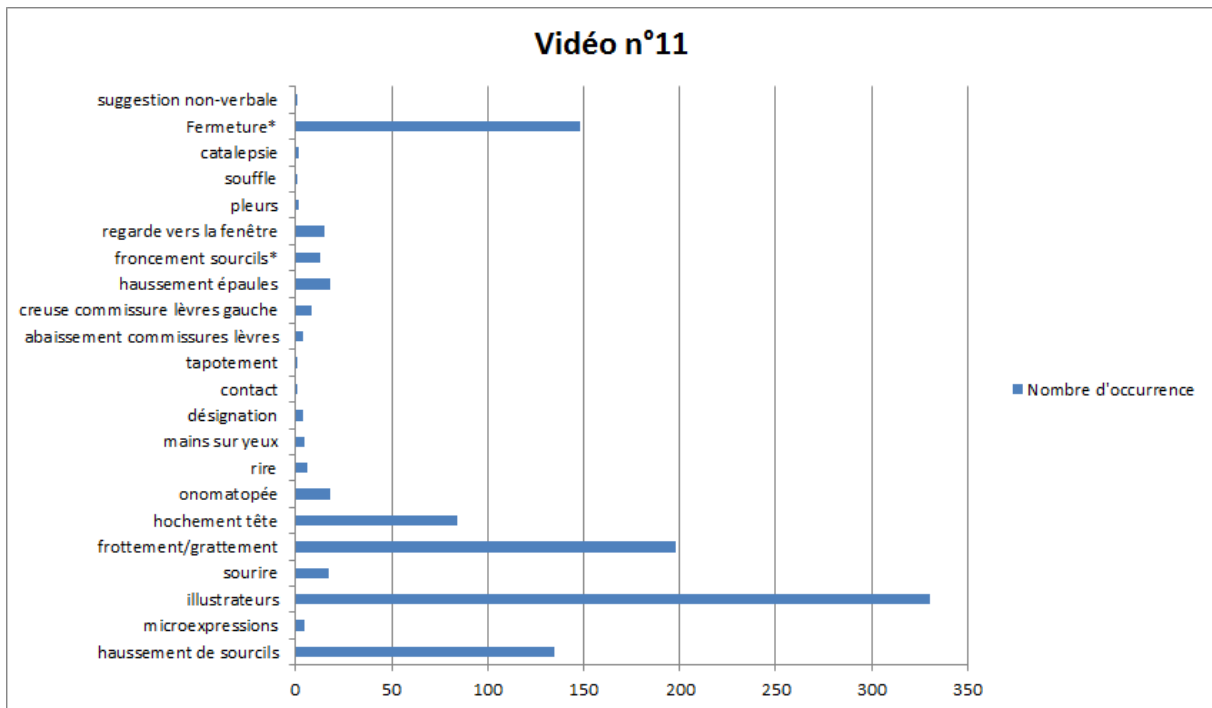


Figure 35 : Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal vidéo n°11

Nous pouvons ainsi remarqué sur ce graphe (Figure 35) que la patiente utilise de nombreux illustateurs, elle a beaucoup parlé d'elle car elle en avait besoin. Elle a d'ailleurs lâché prise après la première transe hypnotique en se mettant à pleurer, ce qui lui a permis, comme nous l'avons vu précédemment avec le rire, une extériorisation d'émotions, trop longtemps retenues. Ce graphe (Figure 35) nous montre des grattements que la patiente a effectué à plusieurs reprises, particulièrement sur la tête, notamment lorsque le praticien se mettait à parler ou bien lorsqu'un mot ou une situation la gênait.

Elle a plusieurs fois mis ses mains devant ses yeux lorsqu'elle parlait de choses assez personnelles, qui faisaient ressortir chez elle des émotions. Elle a également mis sa main devant sa bouche, en exprimant le fait qu'en tant qu'infirmières, les patients lui avaient raconté des « confidences lourdes », son inconscient symbolisant ainsi qu'elle ne puisse pas parler.

Nous pouvons également remarquer certaines expressions et micro-expressions faciales nous expliquant l'état d'esprit dans lequel la patiente se trouve ainsi que les émotions la traversant :

- Froncement des sourcils, nez et bouche relevés représente le dégoût selon Paul Ekman, lorsque la patiente parle du fait qu'à cause de ses incisives maxillaires « elle découpe tout et ne croque jamais ».
- Froncement des sourcils, nez et lèvre supérieure relevés représente le dégoût selon Paul Ekman, elle annonce à ce moment-là les mots « c'était très dur ».
- Sourcils froncés, lèvres remontés, nez froncé représente le dégoût, en l'occurrence pour exprimer la douleur qu'elle avait ressentie, elle mettra d'ailleurs la main sur sa bouche, emblème pour représenter ce qu'elle a ressenti aux dents et fermera les yeux, elle mettra par la suite la main sur ses yeux lorsqu'elle en reparlera.
- Sourcils relevés et rapprochés, lèvres tirées à l'horizontale représente la peur selon la théorie de Paul Ekman. Elle fera d'ailleurs précédé et suivre cette expression des termes « c'est ça qui est affreux. »

Nous pourrions également remarquer que durant toute la séance de soin, la patiente regardera sur le côté droit très fréquemment. Nous nous sommes alors demandé si cela avait un rapport avec la synergologie, puis nous avons compris qu'une fenêtre était présente à cet endroit et que la patiente avait le regard vide en direction de cette fenêtre. La fenêtre permet d'avoir une impression de profondeur où l'esprit peut s'échapper.

Enfin, durant la première transe, le praticien a effectué l'induction de Rossi et la transe hypnotique en même temps que la patiente. On peut ainsi y voir une synchronisation entre le praticien et la patiente, ce dernier pourtant les yeux fermés, bougeant les mains en miroir de sa patiente. Nous pouvons observer que la patiente a mis sa « phobie » dans sa main droite et la solution dans la main gauche. La « main phobique » descendra alors en premier puis la « main bien-être » en second dès qu'une solution sera trouvée par l'inconscient. Il y a, en fond, une musique, et on a l'impression que les mains de la patiente, bougeant en micromouvements, suivent le rythme de la musique et dansent avec elle. La patiente aura, par contre, les sourcils de plus en plus froncés durant la transe, le praticien foncera également ses sourcils à ce moment-là.

Par la suite, nous nous sommes demandées, comme pour les autres vidéos, le temps de « fermeture » et « d'ouverture » chez cette patiente durant toute la vidéo par rapport au temps total de la vidéo (Figure 36) :

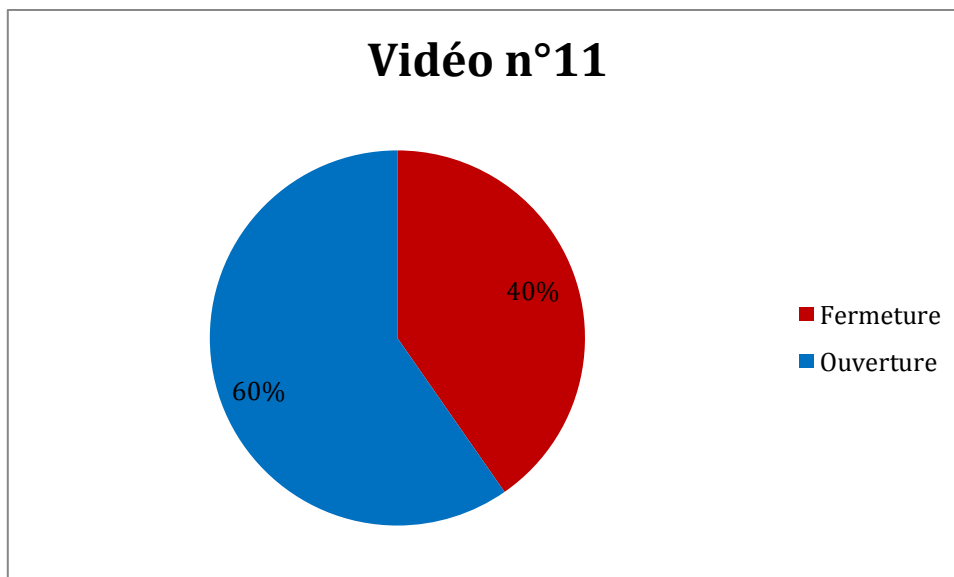


Figure 36 : Pourcentage de temps de fermeture vidéo n°11

Ce graphe (Figure 36) nous montre que le pourcentage de temps de fermeture durant toute la séance est de 40%, contre 61% de temps d'ouverture. Nous pouvons corréliser ce taux de fermeture relativement élevé au fait que la patiente n'ait pas eu un visage parfaitement paisible durant la transe, puisque ses sourcils étaient de plus en plus froncés. De plus, dans cette vidéo, les trances n'ont duré qu'environ un tiers de la vidéo, ce qui peut également expliquer un taux de fermeture relativement important.

II.2.3.2 Synthèse de l'analyse des vidéos

Le graphe ci-dessous (Figure 37) représente le nombre d'occurrence des critères les plus communs de toutes les vidéos analysées. Les critères avec un astérisque sont des critères non-ponctuels, dont la quantification a été difficile du fait que chaque mouvement peut durer dans le temps, ce qui empêche de les comparer aux autres mouvements ponctuels. C'est pourquoi d'autres types de graphiques (permettant d'illustrer l'aspect temporel) ont été proposés (comme par exemple la Figure 8) pour chaque vidéo.

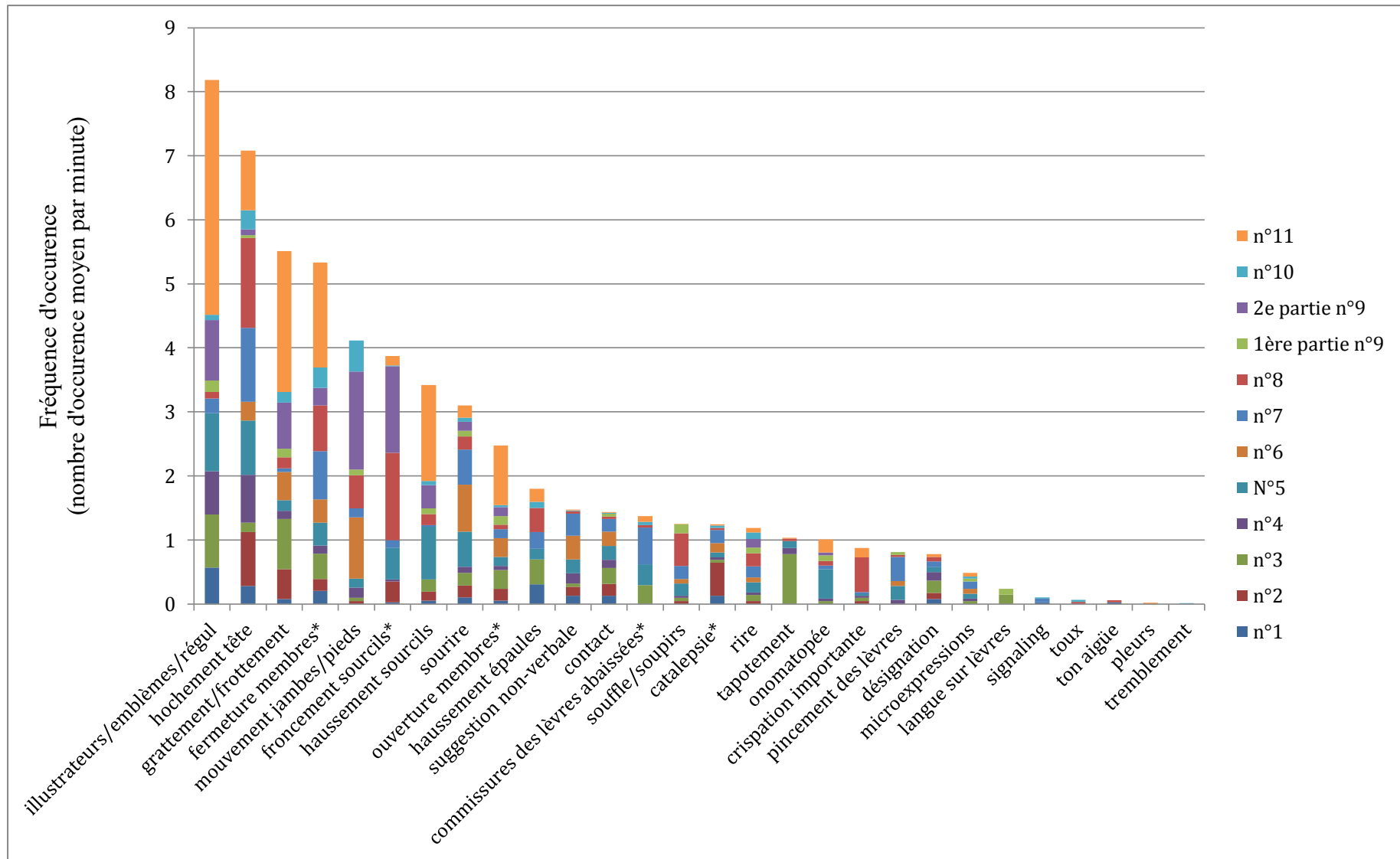


Figure 37 : Fréquence d'occurrence des critères du langage non-verbal les plus communs dans chaque vidéo analysée

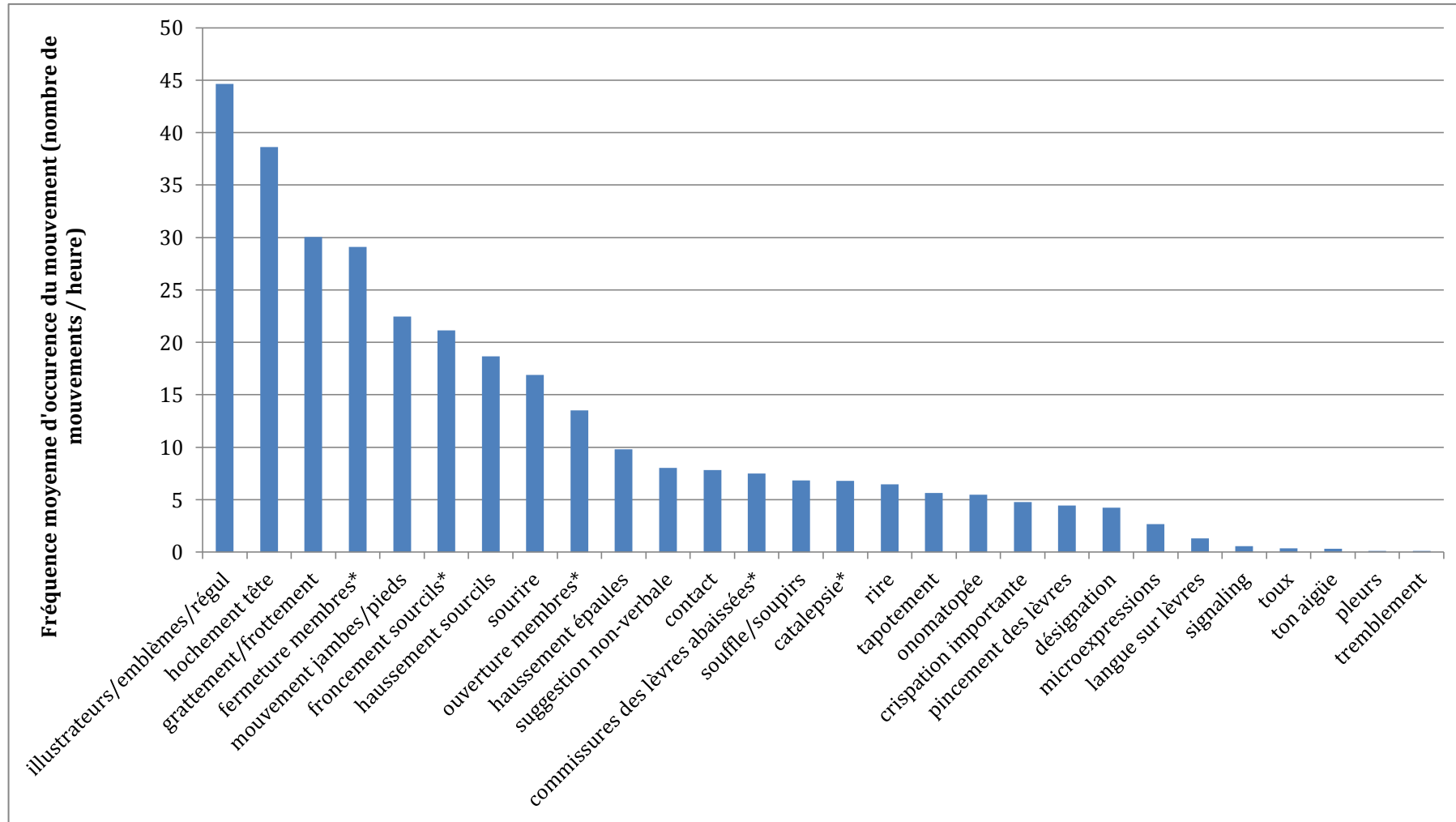


Figure 38 : Fréquence d'occurrence (mouvements par heure) moyenne (sur l'ensemble des vidéos) des différents mouvements

Nous pouvons mettre en exergue à l'aide des différentes vidéos analysées et du graphique ci-dessus, les résultats suivants :

1. Absence d'illustrateurs chez les enfants :

Nous pouvons remarquer que les enfants (deux vidéos 6-7 ans et 12 ans, respectivement vidéo n°2 et n°6), qui parlent très peu, utilisent extrêmement peu d'illustrateurs. Ils désignent les éléments avec le doigt, mais « ne bougent pas leurs mains » comme le font les adultes pour illustrer leurs propos.

2. Mouvements les plus communs lors de soins dentaires :

Nous pouvons également mettre l'accent sur les principaux mouvements répertoriés lors de soins dentaires à l'aide de la Figure 38, on citera notamment par ordre décroissant de fréquence d'occurrence:

- Les illustrateurs : apparaissent en moyenne 45 fois par heure. Ce sont des mouvements effectués le plus souvent par les membres supérieurs (bras et mains) et qui permettent au patient, d'illustrer ses propos. Le plus souvent ces mouvements sont utilisés lors du pré-talk, lorsque le patient explique sa situation et son motif de consultation. Même si ces mouvements peuvent être ponctuels ou non-ponctuels et donc durent dans le temps, leur nombre est très important, ce qui démontre qu'en plus de la durée, ils sont souvent effectués.
- Les hochements de tête : apparaissent en moyenne 39 fois par heure. Ils régulent le dialogue, particulièrement lorsque le dentiste donne des conseils au patient et lui explique le traitement nécessaire.
- Grattement/frottement : apparaissent en moyenne 30 fois par heure. Ce mouvement est également souvent retrouvé car les patients ont besoin, à l'instar des mouvements de jambes, d'extérioriser l'inconfort ressenti.
- Fermeture des membres : apparaissent en moyenne 29 fois par heure. Le patient se sentant mal à l'aise, va se refermer sur lui-même, son inconscient acceptant difficilement la situation à laquelle il va devoir faire face. Il est très compliqué de le quantifier car le patient peut rester des minutes entières dans cette position. Les mouvements de fermeture sont multiples et peuvent être ponctuels ou non-ponctuels et donc durent dans le temps, leur nombre est très important, ce qui démontre qu'en plus de la durée, ils sont souvent effectués.

- Les mouvements de jambes et de pieds : on observe sur la Figure 38, que ce type de mouvement apparaît en moyenne 23 fois par heure. On peut expliquer cette forte fréquence d'apparition par le fait que les membres inférieurs sont à l'opposé de la tête où le praticien travaille, ce sont les seuls membres que le patient peut bouger sans gêner le travail effectué par le dentiste. Le mouvement des jambes est également un exutoire au stress que le patient peut ressentir avant le soin ou pendant le soin.
- Les froncements de sourcils : apparaissent 21 fois par heure. Les rendez-vous chez le dentiste sont inconfortables pour les patients et peuvent être douloureux, ce qui explique la forte fréquence de ce mouvement. Ce mouvement est suivi d'une étoile dans la Figure n°38 car il peut être ponctuel ou non-ponctuel et donc difficilement quantifiable.

En utilisant les données du graphique Figure 38, on peut également constater que la fréquence moyenne d'occurrence cumulée quel que soit le critère d'observation se situe autour de 318 évènements par heure, soit 5 évènements par minute. Ce qui peut représenter une mine d'informations pour le praticien dans son observation du langage non verbal. Par exemple, au cours de ces 7 heures de vidéos analysées, nous avons pu détecter un nombre total d'occurrence d'évènements de 2226.

3. Présence de mouvements sécuritaires et catalepsie :

Nous pouvons enfin remarquer que chez pratiquement tous les patients de ces vidéos, une catalepsie de la main est effectuée ; sauf deux vidéos (n°4 et 9).

Cette catalepsie peut être provoquée par le praticien, mais si elle ne l'est pas, le patient en réalisera une lui-même pendant le soin, permettant à son inconscient de « contrôler » une situation sur laquelle il n'a aucune prise représentant un « mouvement sécuritaire » pour le patient. Cette catalepsie est le plus souvent effectuée lors de moments de stress intense.

Les deux vidéos sans catalepsie de la main sont les seules où les patientes sont des habituées de l'hypnose (les n°4 et 9), ces patients ont donc moins besoin de mouvements sécuritaires. Toutefois, nous pouvons observer dans la vidéo n°4 une catalepsie provoquée de la bouche et dans la vidéo n°9 il n'y a pas de catalepsie du tout.

Le grand avantage, de la catalepsie provoquée par le praticien, est que le praticien offre à l'inconscient du patient le contrôle qui lui manque à cet instant (ancrage hypnotique), et lui apprend par l'hypnose à lâcher de plus en plus prise ; de plus le praticien pourra installer un signaling sur cette main à hauteur des yeux (comme l'a fait le Docteur Gutleben), ce qui lui permettra d'être averti si le patient ressent un quelconque inconfort.

4. Congruence entre la pratique de l'hypnose et la fermeture du patient

Les figures ci-dessous (Figure 39 et Figure 40) illustrent le pourcentage de fermeture dans chacune des vidéos et en fonction des habitudes à la pratique hypnotique.

	1 à 10	11 à 20	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 à 90	91 à 100
Vidéo 1										
Vidéo 2										
Vidéo 3										
Vidéo 4										
Vidéo 5										
Vidéo 6										
Vidéo 7										
Vidéo 8										
Vidéo 9										
Vidéo 10										
Vidéo 11										

Figure 39 : Tableau du pourcentage de temps de fermeture dans les onze vidéos

	1 à 10	11 à 20	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 à 90	91 à 100
Habitués										
1ère fois										
Pas hypnose										
Hypnose informelle										

Figure 40 : Tableau des intervalles de fermeture (en % du temps) selon l'habitude à pratiquer l'hypnose

Nous pouvons constater à l'aide de ces deux tableaux (Figure 39 et 40) que les patientes « habituées » à faire de l'hypnose ont les pourcentages de « fermeture » les plus bas : les vidéos n°4, 9 et 10 ont des pourcentages de fermeture respectifs de 2%, 7% et 11%.

Les patients qui ont eu leur première séance d'hypnose ont un pourcentage de fermeture moyen : vidéos n°1, 5, 6, 7 et 11 qui ont des pourcentages de fermeture respectifs de 38%, 33%, 26%, 51% et 40%. Pour les vidéos 1, 7 et 11, il est possible que les patients aient eu une certaine résistance à l'hypnose pour leur première séance, car les patients n'ont pas eu tous les signes d'une transe hypnotique. La vidéo n°1 a un pourcentage de fermeture élevé (38%), mais la patiente a été plus « fermée » après la séance d'hypnose qu'avant, nous pouvons alors nous demander si cette séance a été bien vécue par la patiente, peut-être est-ce dû à son état mental dû à la perte récente de son mari. La vidéo 11 a également un pourcentage élevé (40%), il est probable que la patiente n'ait pas pleinement profité de sa séance d'hypnose, en raison du fait qu'elle ait froncé les sourcils durant toutes ses trances. La vidéo n°7 a le plus

haut pourcentage de fermeture de cette catégorie, très certainement car la patiente est phobique des soins dentaires.

Les patients n'ayant pas eu d'hypnose ont des pourcentages élevés de « fermeture » : les vidéos 2 et 3 ont des pourcentages respectifs de 95% et 42%.

La seule patiente qui a eu de l'hypnose informelle ou conversationnelle, est dans la vidéo n° 8 et a un pourcentage de fermeture très élevé, de 91%. Ce pourcentage très élevé peut s'expliquer par le fait que la patiente est phobique des soins dentaires.

5. Récurrence de certaines expressions faciales :

Nous pouvons voir, à l'aide de cette étude, que pour les soins dentaires, les patients effectuent des expressions faciales très fréquemment retrouvées en lien avec les émotions suivantes : la surprise, le dégoût, et la tristesse.

II.2.4. Discussion

Les résultats précédents nous permettent de discuter des éventuelles limites et des ouvertures qui pourraient être faites sur cette étude :

- Présence d'une caméra :

Certains paramètres perturbant les patients ont été retrouvés, comme la présence de la caméra et d'une tierce personne pour filmer. Cela peut modifier les éléments observés. Dans la théorie quantique, l'observateur, par l'action même de l'observation, n'est pas neutre et influe sur le paramètre (en l'occurrence le patient) à observer.

- Subjectivité :

Les vidéos ont été analysées par une seule personne ce qui peut induire un biais de subjectivité. Malgré le fait que les vidéos aient été visualisées à de nombreuses reprises, il est possible que certains mouvements aient pu être mal perçus ou inaperçus. Le fait que plusieurs personnes visualisent les mêmes vidéos pourraient diminuer considérablement ce biais. Malgré la grille d'analyse objective, celui qui analyse les vidéos est nécessairement influencé car les événements qu'il perçoit passent à travers son propre prisme de perception.

- Biais de l'observation des mouvements :

Les degrés dans les mouvements n'ont pas ici été analysés, en effet il existe des degrés dans les mouvements de fermeture par exemple : nous nous sommes focalisés sur la fréquence et la durée des événements mais pas sur leur amplitude, leur intensité. Il pourrait être intéressant d'observer le degré de mouvement de fermeture. Nous pouvons également émettre des doutes sur la perception des mouvements pouvant parfois se ressembler et étant observateur-dépendant. Les mouvements pouvant être très rapides, parfois dans les dixièmes de seconde, la visualisation et le décompte ont été effectués à la granularité temporelle de la seconde, ce qui peut induire un manque de précision pour l'observation de certains phénomènes, mais ça donne tout de même un ordre de grandeur qui serait à approfondir par la suite.

- Nombre de sujets et représentativité de l'échantillon statistique:

Le panel de l'étude étant restreint, nous manquons d'un nombre suffisant de patients afin que cela soit représentatif, notamment chez les enfants, qui ne sont que deux dans cette étude.

- Absence et isolement de certains critères :

Certains critères présents dans la grille d'analyse de départ, tels que la respiration du patient, et la distance spatio-temporelle entre le praticien et le patient sont difficiles à analyser du fait de l'angle de vue des vidéos et de la distance de la caméra afin de voir le patient dans son ensemble.

Certains critères ont également été scindés car très fréquents. Les hochements de tête sont des régulateurs, les désignations appartiennent à la catégorie des illustreurs. Cependant au vu de leur forte occurrence, il a été décidé d'en faire des catégories à part entière.

- Suggestions non-verbales :

En plus des suggestions verbales, nous pouvons remarquer que des suggestions non-verbales, c'est-à-dire utilisant le corps du praticien et du patient, sont utilisés lors des inductions de transe hypnotique.

Les suggestions non-verbales comptabilisées et utilisées par les praticiens sont le plus souvent des « contacts » avec le patient. Le patient est touché au niveau de l'épaule, au niveau de la main pour induire une catalepsie. Parfois des mouvements effectués sur le patient sans toucher sont également des suggestions : tel que la main au-dessus du ventre ou bien la main près de celle de la patiente pour induire une anesthésie. Ainsi cela nous ramène aux inductions

avec utilisation du corps, comme les utilise Gaston Brosseau cité dans la première partie de cette thèse. Ainsi, à l'aide de ces inductions, le patient est ramené à l'instant zéro, afin d'induire chez lui un processus de création permettant la suggestion d'une catalepsie ou bien d'une anesthésie dans les cas présents. Nous pouvons ainsi nous demander si l'utilisation du corps dans les processus hypnotiques et donc de « l'inconscient corporel » de Gaston Brosseau, ne permettrait pas des trances plus efficaces, plutôt qu'avec des images mentales seules, sans sensation corporelle.

- Amélioration et apprentissage des capacités d'observation :

Nous avons pu constater que plus ses vidéos étaient observées, plus les capacités d'observation de l'observateur s'amélioraient, avec des micro-expressions qui étaient, par exemple, indétectables lorsque cette étude a débuté. Nous nous demandons alors si un entraînement sur des vidéos pourrait être bénéfique afin d'améliorer ses compétences dans le domaine de l'hypnose médicale.

Conclusion

L'état de l'art nous a permis dans un premier temps de déterminer qu'il existait différents critères d'observation du langage non-verbal chez l'Homme, et que les caractéristiques du corps peuvent être utilisées comme technique d'induction, nous permettant d'appréhender les concepts d'induction par dissociation et réassociation.

Nous avons pu mettre en exergue à partir des analyses de vidéos, différents résultats nous permettant d'appréhender la place du langage non-verbal en hypnose médicale dentaire.

Les critères que nous avons pu définir comme les plus communément usités sont : les mouvements de fermeture, ceux des membres, les hochements de tête, les illustateurs, les grattements/frottements et le froncement des sourcils. Nous avons pu constater que la fréquence moyenne d'occurrence cumulée quel que soit le critère d'observation est d'environ 5 événements par minute, ce qui représente une mine d'informations pour le praticien. Les micro-expressions faciales sont difficilement observables et relativement peu fréquentes lors d'un soin mais peuvent permettre de comprendre les émotions réelles que ressent le patient et qu'il essaie le plus souvent de cacher : la peur, la tristesse et le dégoût étant les émotions les plus souvent retrouvées au cabinet dentaire. Ainsi le dentiste peut détecter la présence de ces mouvements lors des soins et ainsi mieux appréhender l'inconscient du patient.

Grâce aux différents critères analysés, nous avons mis en évidence ceux d'ouverture et de fermeture, qui nous ont permis de constater que, plus le patient est habitué à faire de l'hypnose lors de soins dentaires, moins il a de mouvements de fermeture lors de la séance de soin. De manière similaire, plus le patient est sous hypnose, moins il a besoin de mouvements sécuritaires afin de contrôler la situation. L'hypnose permet au patient une « ouverture » du corps et donc une « ouverture » de son esprit avec un stress réduit lors de soins dentaires. Ainsi, ramener le patient au corps et à l'instant présent lui permet d'échapper aux pensées de la « possible future douleur » qui pourraient lui arriver, et ainsi d'échapper au stress que ces pensées font jaillir de toute part et qui se retrouve dans chaque mouvement de fermeture du corps.

Une autre étude pourrait faire la différence dans certains mouvements tels que les illustateurs qui sont des mouvements illustrant la parole et donc probablement plus proches de la conscience que d'autres mouvements tels que la catalepsie qui sont très certainement inconscients mais dont le patient aura besoin pour « faire face » aux soins. Ainsi par exemple, induire une catalepsie de la main chez notre patient permettrait d'appréhender visuellement

les réactions inconscientes. Nous pouvons ainsi parler de « l'inconscient corporel », dont nous parle Gaston Brosseau, qui s'exprime dans la transe à travers le processus créatif que représente une séance d'hypnose.

Cette étude a finalement permis de comprendre que le corps a dans notre pratique hypnotique dentaire, autant de place que les mots et qu'il devrait être plus souvent observé et utilisé par les praticiens soignant le corps. « *Ce que cache mon langage, mon corps le dit. Mon corps est un enfant entêté, mon langage est un adulte très civilisé...* » Roland Barthes

Transe en Dental : quand le corps nous parle... encore faut-il vouloir l'écouter, savoir l'entendre.

Vu, le directeur de thèse et président du jury - Pr F. Diemer

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized, looped initial followed by a few smaller characters, likely the name of the director of the thesis and president of the jury, Pr F. Diemer.

Bibliographie

Ouvrages :

- [1] André C. 2014. *Je médite jour après jour: Petit manuel pour vivre en pleine conscience*. Iconoclaste, 295.
- [2] Bandler R., Grinder J. 1975. *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson, M.D.* Meta Publications,U.S., 265.
- [3] Bateson G.Birdwhistell R., Goffman E. 1984. *La Nouvelle communication de Gregory Bateson,Ray Birdwhistell ,Erving Goffman*. Seuil, 380.
- [4] Baum Samuel 2009. *Lie To Me*.
- [5] Biekela, A.D.L. 2014. *Philosophie de la psychologie et psychanalyse chez Freud: enjeux épistémologiques contemporains.*, 693.
- [6] Blondel, P.-E. 2016. *Les phénomènes dissociatifs en question : réflexions à partir d'un cas de psychotraumatisme*.
- [7] Brette F., Emmanuelli M., Pragier G., Emmanuelli, M. and Pragier, G. 2015. *Le traumatisme psychique: Organisation et désorganisation*. Presses Universitaires de France, 181.
- [8] Brosseau, G. 2018. *L'hypnose, une réinitialisation de nos cinq sens - 2ed. - Vers l'hypnose 2.0*. InterEditions, 288.
- [9] De Lavergne C. 2010. *L'espace et le temps comme langages.*, 7.
- [10] Descartes, R. 2005. *Discours de la méthode*. Librairie Philosophique Vrin, 145.
- [11] Erickson M. H. Rossi E. L., Rossi S. I. 2006. *Traité pratique de l'hypnose*. Grancher, 464.
- [12] Erickson B. A. and Keeney B. 2009. *Le Dr Milton Erickson, médecin et guérisseur américain*. Satas, 346.
- [13] Erickson, M., Rossi, E.L., Touyarot, A. and Taillandier, J. 2009. *L'intégrale des articles de Milton Erickson sur l'hypnose: Tome 1, De la nature de l'hypnose et de la suggestion*. Satas, 692.
- [14] Erickson, M.H. 1991. *My Voice Will Go with You: The Teaching Tales of Milton H. Erickson*. W. W. Norton & Company, 264.
- [15] Freud, S. 2010. *Le moi et le ça*. Payot, 128.
- [16] Grinder, J. and etc 1975. *Patterns of the Hypnotic Techniques of Milton H. Erickson, M.D., Volume 2*. Meta Publications,U.S., 246.
- [17] Haley, J., Cayrol, A. and Robert, F. 2007. *Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson*. Desclée de Brouwer, 380.
- [18] Hall E. T. 2014. *La Dimension cachée*. Points, 256.
- [19] Hammond, D.C. and Taillandier, J. 2009. *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Satas, 589.
- [20] Lassus, R. 2013. *La communication efficace par la PNL: La programmation Neuro-Linguistique et ses techniques d'influence*. Marabout, 288.
- [21] Lefebvre Liv 2008. *Les indicateurs non verbaux dans les interactions médiatisées.*, 299.
- [22] Lockert, O. 2013. *Hypnose - Evolution humaine - Qualité de vie - Santé*. IFHE, 716.
- [23] Malarewicz J.-A., Benoît J.-C. 2015. *Cours d'hypnose clinique : Etudes éricksoniennes*. ESF Editeur, 224.
- [24] Marc E., Picard D. 2006. *L'école de Palo Alto : Un nouveau regard sur les relations humaines*. Retz, 223.

- [25] Matsuo, B., Basho and Miyamori, A. 2002. *Classic Haiku: An Anthology of Poems by Basho and His Followers*. Courier Corporation, 292.
- [26] Mehrabian, A. 1972. *Silent Messages: Implicit Communication of Emotions and Attitudes*. Wadsworth Publishing Company, 152.
- [27] Meyer, M. 2014. *L'hypnose*. Editions Eyrolles, 177.
- [28] Nolan C. 2010. *Inception*. Warner Bros.
- [29] Picard, D. and Marc, E. 2015. *La communication au cœur du système. Que sais-je ?*. 2e éd., (2015), p 57-74.
- [30] Poupard G., Martin V. S., Bilheran A. 2015. *Manuel pratique d'hypnothérapie - Démarche, méthodes et techniques d'intervention*. InterEditions, 320.
- [31] Prévert, J. 1972. *Spectacle*. Gallimard, 308.
- [32] Prigogine I., Stengers I. 1986. *La nouvelle alliance - Métamorphose de la science*. Folio, 439.
- [33] Ready R., Burton K. 2006. *La PNL - Programmation neurolinguistique Pour les Nuls*. First, 336.
- [34] Schwindt, R. 2014. *Emotional Recovery from Situational Anxiety: How You Can Feel Safe Again*. BookBaby, 109.
- [35] Swol L. *Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles*. 135.
- [36] Tenenbaum, S. 2012. *L'hypnose éricksonienne - 3ème édition - un sommeil qui éveille*. InterEditions, 264.
- [37] Thiry A., Lellouche Y. 2007. *Apprendre à apprendre avec la PNL*. De Boeck, 150.
- [38] Viroc C. 1988. *Hypnose, stratégie et psychothérapie : Une approche clinique de Milton H. Erickson*. (1988), 168.
- [39] Waldinger, R. *Qu'est-ce qui fait une vie réussie ? Leçons de la plus longue étude sur le bonheur*.
- [40] Watzlawick P. *Une logique de communication*. 29.
- [41] Winkin Y., Prujiner A. 2000. *La nouvelle communication*., 390.
- [42] Zeig J. 2014. *Teaching Seminar With Milton H. Erickson*. Routledge, 236.

Bibliographie numérique :

- [43] Brosseau Gaston (06/2018) <http://www.gastonbrosseau.com/web/ACCUEIL.html>.
- [44] Communication non-verbale (04/2018) <http://www.cvm.qc.ca/gconti/905/905sch05-6.htm>.
- [45] Ekman P. (05/2018) <https://www.paulekman.com/product-category/facs/>.
- [46] Facial Action Coding System (05/2018)
https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Facial_action_coding_system&oldid=144957524. (Ekman, P. and Friesen, W.V. 1993. *Facial Action Coding System/Investigator's Guide-Part 1/6701*. Consulting Psychologists Pr.)
- [47] Freud S. (03/18)
https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Th%C3%A9orie_de_Freud.svg.
- [48] Giffard D. (01/2018) <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/definition/instances/ca.htm>.
- [49] Lockert O.(06/2018) <http://free-hypnosis-mp3.com/fr/telechargements>.
- [50] Lockert O. (07/2018) <https://olivier-lockert.com/tag/poesie/>.
- [51] Osho (07/2018) <http://www.osho.com/fr/meditate/meditation-tool-kit/questions-about-meditation/is-creativity-somehow-related-with-meditation>.
- [52] Pascal B. (07/2018) <http://www.linternaute.com/citation/11338/la-meditation-c-est-une-conscience-claire-de-tout-evenement--un--blaise-pascal/>.

- [53] Schopenhauer A. (02/2018) <http://poincare.univ-lorraine.fr/fr/manifestations/schopenhauer-et-linconscient-approches-historiques-metaphysiques-et-epistemologiques>.
- [54] Synergologie (07/2018) <http://non-verbal.synergologie.org/nonverbal/communication-non-verbale/le-langage-des-emotions>.
- [55] Zeig J. (06/2018) <http://www.imheto.com/interview-jeffrey-zeig/>. 2016

Table des figures :

Figure 1 : Etapes d'une séance d'hypnose	16
Figure 2 : Schéma de l'inconscient et du conscient Freudien [47]	21
Figure 3 : Représentation de la proxémie entre individu [44].....	25
Figure 4 : Le continuum de Kendon [21].....	26
Figure 5 : Schéma du lien entre conscient et inconscient en fonction du stress [35].....	38
Figure 6 : Grille d'analyse.....	46
Figure 7: Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal.....	48
Figure 8: Pourcentage de temps de fermeture	49
Figure 9 et Figure 10: Pourcentages de temps de fermeture avant et après l'hypnose	50
Figure 11 : Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal.....	51
Figure 12 : Pourcentage de temps de fermeture	52
Figure 13 : Pourcentage de temps de catalepsie.....	52
Figure 14: Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal.....	54
Figure 15 : Pourcentage de temps de fermeture	55
Figure 16 : Temps de fermeture, d'ouverture et de catalepsie dans la vidéo	55
Figure 17 : Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal.....	56
Figure 18 : Pourcentage de temps de fermeture	57
Figure 19 : Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal.....	58
Figure 20 : Pourcentage de temps de fermeture	59
Figure 21 et Figure 22 : Pourcentage de temps de fermeture avant, pendant la séance d'hypnose	60
Figure 23 : Pourcentage de temps de fermeture après la séance d'hypnose	60
Figure 24 : Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal vidéo n°6.....	61
Figure 25 : Pourcentage de temps de fermeture vidéo n°6	62
Figure 26 : Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal vidéo n°7.....	63
Figure 27 : Pourcentage de temps de fermeture vidéo n°7	65
Figure 28 : Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal vidéo n°8.....	66
Figure 29 : Pourcentage de temps de fermeture vidéo n°8	67
Figure 30 : Représentation des critères non-punctuels dans la vidéo n°8.....	67
Figure 31 : Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal.....	69
Figure 32 : Pourcentage de temps de fermeture.....	70

Figure 33 : Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal vidéo n°10	71
Figure 34 : Pourcentage de temps de fermeture vidéo n°10	72
Figure 35 : Nombre d'occurrence des critères du langage non-verbal vidéo n°11	73
Figure 36 : Pourcentage de temps de fermeture vidéo n°11	75
Figure 37 : Fréquence d'occurrence des critères du langage non-verbal les plus communs dans chaque vidéos analysée	76
Figure 38 : Fréquence d'occurrence (mouvements par heure) moyenne (sur l'ensemble des vidéos) des différents mouvements	77
Figure 39 : Tableau du pourcentage de temps de fermeture dans les onze vidéos.....	80
Figure 40 : Tableau des intervalles de fermeture (en % du temps) selon l'habitude à pratiquer l'hypnose	80

Glossaire :

^{1.} Associations spatio-sensitives : le patient va faire des associations d'idées entre des capteurs kinesthésiques et des capteurs assurant la perception spatiale. Par exemple : la voix côté droit du patient exprimera une association à la partie. inconsciente du patient.

^{2.} Auto-hypnose : transe hypnotique effectuée par la personne elle-même, sans accompagnateur.

^{3.} Bienveillance : Qualité d'une volonté qui vise le bien et le bonheur d'autrui.

^{4.} Bruxisme : parafonction manducatrice (mouvement inconscient sans but précis concernant l'appareil manducateur) soit par serrement soit par mouvements latéraux, nommé communément grincement de dents.

^{5.} Calibration : c'est un étalonnage s'effectuant en observant le patient, afin de pouvoir par la suite réaliser un mirroring.

^{6.} Canal sensoriel : se réfère au ou aux sens (parmi les cinq sens) que le patient utilise le plus et auquel il est le plus sensibles pour entrer en transe.

^{7.} Catalepsie : Paralysie que l'on observe dans les états hypnotiques ou la schizophrénie, caractérisée par l'annihilation de tous les réflexes de locomotion et de changement de position, la réduction de la sensibilité, la contraction tonique des muscles.

^{8.} Conscient : Organisation du psychisme d'un individu, lui permettant d'avoir connaissance de ses états, de ses actes et de leur valeur morale, lui permet de se sentir exister, d'être présent à lui-même.

^{9.} Continuum : Espace ou temps qui n'est pas interrompu.

^{10.} Dissociation : Rupture de l'unité psychique correspondant à deux ou plusieurs parties formant un ensemble cohérent.

^{11.} Etat modifié de conscience (EMC) : état mental différent de l'état de conscience ordinaire.

^{12.} Hypnoanalgésie : C'est l'utilisation de l'hypnose formelle et informelle dans la prise en charge des douleurs aiguës et chroniques. Elle s'utilise seule ou en association à un anesthésique local, à des antalgiques et/ou anxiolytiques, au MEOPA.

^{13.} Hypnose : État de passivité semblable à celui du sommeil, artificiellement provoqué, chez un sujet qui reste en partie conscient, par des manœuvres de suggestion ou par l'absorption de produits chimiques (dans ce dernier cas, on dit plutôt narcose).

Il existe deux types d'hypnose : l'hypnose formelle utilisant les différentes phases d'une séance de manière protocolaire, et l'hypnose conversationnelle ou informelle permettant

d'utiliser des techniques d'hypnose sans faire de séance formelle et sans forcément que le patient ne se rende compte qu'il y a eu de l'hypnose.

^{14.} Hypnothérapeute : professionnel qui utilise l'hypnose à des fins thérapeutiques.

^{15.} Inconscient : Ensemble des phénomènes physiologiques et neuro-psychiques qui échappent totalement à la conscience du sujet.

^{16.} Induction : Processus par lequel une réaction observable (« induite ») est provoquée par une attitude ou un comportement particulier d'une autre personne (l'« inducteur ») de telle sorte que l'induit réponde à l'inducteur dans le sens où celui-ci l'orientait involontairement ou volontairement.

^{17.} Langage verbal : Qui se fait, se manifeste, s'exprime par les mots, le langage. A l'opposé du langage non-verbal.

^{18.} Littéralisme : l'inconscient répond aux questions au sens littéral. Le sens littéral est le sens logique, qui vient strictement de la lettre. Il est l'opposé du sens symbolique.

^{19.} Macroexpressions : à l'inverse des microexpressions, ce sont des expressions faciales dont la durée dans le temps est longue, c'est-à-dire dépassant la 1/2 seconde.

^{20.} Microexpressions : expression faciale brève et involontaire que le visage humain exprime en fonction des émotions vécues.

^{21.} Messages subliminaux : Messages (souvent publicitaires) dont certains éléments inférieurs au seuil de perception visent l'inconscient du destinataire.

^{22.} Métaphore : Figure d'expression par laquelle on désigne une entité conceptuelle au moyen d'un terme qui, en langue, en signifie une autre en vertu d'une analogie entre les deux entités rapprochées et finalement fondues.

^{23.} Mindfulness ou méditation de pleine conscience : état modifié de conscience, permettant une conscience vigilante de ses propres pensées, actions, gestes.

^{24.} Parafonctions : activité anormale (avec ou sans mouvement) de certains groupes de muscles, activité susceptible de se répéter et se déroulant le plus souvent inconsciemment.

^{25.} Phénomènes idéo-moteurs : phénomène psychologique où un sujet exécute des mouvements musculaires inconscients.

^{26.} Pôle pulsionnel : siège des pulsions psychiques.

^{27.} Poliomyélite : Maladie virale contagieuse, souvent épidémique, caractérisée par des lésions inflammatoires aiguës de la moelle épinière entraînant dans les formes les plus graves, des paralysies parfois irréversibles de certains groupes musculaires et qui atteint plus particulièrement les jeunes enfants.

^{28.} Pré-talk : entretien préalable à la séance d'hypnose.

^{29.} Processus perceptifs : La perception se définit comme l'ensemble des mécanismes par lesquels l'organisme prend connaissance du monde, sur la base des informations du sujet.

^{30.} Psyché/psychisme : Ensemble des aspects conscients et inconscients du comportement individuel, par opposition à ce qui est purement organique.

^{31.} Ratifier : Reconnaître un signe du patient comme ayant lieu et le partager avec lui.

^{32.} Réassociation : Retour à la cohésion des différentes parties psychiques s'étant dissociés.

^{33.} Ressources inconscientes : Ensemble des moyens et richesses dont dispose l'individu et qui est localisé dans l'inconscient.

^{34.} Réveil : retour d'une transe hypnotique à un état de conscience ordinaire.

^{35.} Se synchroniser : deux individus qui coordonnent leur manière d'agir et de parler, se retrouvant alors sur la même longueur d'onde.

^{36.} Suggestion : Action de suggérer; art de faire naître une idée, un sentiment sans l'exposer ouvertement.

^{37.} Synergologie : Discipline pseudo-scientifique du champ de la communication dont l'objet est d'appréhender le fonctionnement de l'esprit humain à partir de la structure de son langage corporel.

^{38.} Tic : Contraction brusque et rapide de certains muscles, surtout de ceux du visage, involontaire et stéréotypée. Habitude inconsciente, manie dans le langage, les gestes.

^{39.} TOC (Trouble Obsessionnel Compulsif) : Trouble psychique caractérisé par l'apparition répétée de pensées intrusives, produisant de l'inquiétude ou de la peur ; et de comportements répétés et ritualisés pouvant avoir l'effet de diminuer l'anxiété.

^{40.} Transe : Sorte d'altération de la conscience avec indifférence aux événements extérieurs.

^{41.} Xérostomie : état de sécheresse de la bouche, lié à un manque de salive autrement dit à une hyposialie.

Annexe 1

N° AU	Nom de la FACS	Base musculaire
0	Visage neutre	
1	Remontée de la partie interne des sourcils	frontalis (pars medialis)
2	Remontée de la partie externe des sourcils	frontalis (pars lateralis)
4	Abaissement et rapprochement des sourcils	nez, muscle procerus depressor superciliai, corrugator superciliai
5	Ouverture entre la paupière supérieure et les sourcils	Muscle orbiculaire de l'œil
6	Remontée des joues	Muscle orbiculaire de l'œil (pars orbitalis)
7	Tension de la paupière	Muscle orbiculaire de l'œil (pars palpebralis)
8	Lèvres collées	Muscle orbiculaire de la bouche
9	Plissement de la peau du nez vers le haut	Muscle releveur naso-labial
10	Remontée de la partie supérieure de la lèvre	Muscle releveur de la lèvre supérieure
11	Ouverture du naso-labial	Muscle petit zygomatique
12	Étirement du coin des lèvres	Muscle grand zygomatique

N° AU	Nom de la FACS	Base musculaire
13	Étirement et rentrée des lèvres	Muscle élévateur de l'angle de la bouche (également appelé caninus)
14	Plissement externe des lèvres (fossettes)	Muscle buccinateur
15	Abaissement des coins externes des lèvres	Muscle abaisseur de l'angle de la bouche
16	Ouverture de la lèvre inférieure	Muscle abaisseur de la lèvre inférieure
17	Élévation du menton	Muscle mentonnier
18	Froncement central des lèvres	Muscle orbiculaire de la bouche
19	Sortie de la langue	
20	Étirement externe des lèvres	Muscle risorius et muscle peaucier du cou
21	Tension du cou	muscle peaucier du cou
22	Lèvres en "O"	Muscle orbiculaire de la bouche
23	Tension refermante des lèvres	Muscle orbiculaire de la bouche
24	Lèvres pressées (pincement des lèvres)	Muscle orbiculaire de la bouche
25	Ouverture de la bouche et séparation légère des lèvres	Muscle abaisseur de la lèvre inférieure, ou relaxation du muscle orbiculaire de la bouche
26	Ouverture de la mâchoire	Muscle masséter ; muscle temporal relâché et Muscle

N° AU	Nom de la FACS	Base musculaire
		ptérygoïdien médial
27	Bâillement	Ptérygoïdes, muscle digastrique
28	Succion interne des lèvres	Muscle orbiculaire de la bouche
29	Poussée de la mâchoire	
30	Déplacement de côté de la mâchoire	
31	Serrement de la mâchoire	Muscle masséter
32	Morsure des lèvres	
33	Gonflement des joues	
34	Bouffée des joues	
35	Aspiration des joues	
36	Bombement de la langue	
37	Essuyage des lèvres	
38	Dilatation des nasaux	nasalis (pars alaris)
39	Compression des nasaux	nasalis (pars transversa) et depressor septi nasi
41	Abaissement de la glabelle	Mouvement distinct de AU 4: Muscle pyramidal du nez

N° AU	Nom de la FACS	Base musculaire
42	Abaissement interne des sourcils	Mouvement distinct de AU 4: Depressor supercilii
43	Yeux fermés	Relaxation du levator palpebrae superioris
44	Rapprochement des sourcils	Mouvement distinct de AU 4: muscle corrugateur du sourcil
45	Clignement	Relaxation du levator palpebrae superioris ; contraction du muscle orbiculaire de l'œil (pars palpebralis)
46	Clignement de l'œil	Muscle orbiculaire de l'œil

51	Tête tournée à gauche	
52	Tête tournée à droite	
53	Tête vers le haut	
54	Tête vers le bas	
55	Tête inclinée à gauche	
M55	Tête inclinée à gauche	Le début de la symétrie 14 est immédiatement accompagné ou précédé d'une inclinaison de la tête vers la gauche.
56	Tête inclinée à droite	
M56	Tête inclinée à droite	Le début de la symétrie 14 est immédiatement accompagné ou précédé d'une inclinaison de la tête vers la droite.
57	Tête en avant	

M57	Poussée de la tête en avant	La combinaison 17+24 est immédiatement précédée, accompagnée, ou suivie par une poussée de la tête vers l'avant.
58	Tête en arrière	
M59	Inclinaison de la tête de haut en bas	La combinaison 17+24 est immédiatement précédée, accompagnée, ou suivie par une inclinaison de la tête de haut en bas.
M60	Inclinaison de la tête de gauche à droite	La combinaison 17+24 est immédiatement précédée, accompagnée, ou suivie par une inclinaison de la tête de gauche à droite.

61	Yeux vers la gauche	
62	Yeux vers la droite	
63	Yeux levés	
64	Yeux baissés	
65	Yeux écarquillés	
66	Strabisme	
69	Yeux tournés vers une personne	Les AUs 4, 5, ou 7, seul ou en combinaison, se produisent lorsque les yeux sont fixes vers une personne lors d'une conversation.

Annexe 2 : Grille d'analyse de la Vidéo n°1 :

Grille observation	Effets	Pré-Hyp.	Dbt Hyp.	Post-Hyp.	Durée	Corrélé autre action/émotion
Mvts membres	Ouv mbs sup		16 :24 main de chaque côté			
	Ouv mbs inf					
	Ferm mbs sup	00:35 praticien idem 06:24 ferm aug 07:36 ferm doigts 08 :30 ferm aug 11:18 ferm bras 14 :29 ferm main jointe	17:54 main accroche fauteuil	36 :05 36 :15 se relève 37 :13 bras enroulé autour une jambe	11 :18 -> 3mins	Proximité = fermeture 06 :24 fin de la catalepsie des mains jointes 08 :30 ferm aug par approche instruments 11 :18 symbole de protection contre le souvenir de ce qu'il lui ait arrivé (raison de sa colère) 14 :29 dès que le praticien lui parle de l'hypnotiseur au brésil 37 :13 rapprochement praticien (37 :09 -> fermeture du praticien)
	Ferm mbs inf			37 :13		
	Tapotements					
	Frottements	Pdt pratiquement		35 :37 sur jambes		= Gêne de raconter son histoire

		tout le début frotte mains sur jambes 01 :49 aug frottements				
	Signaling		17 :54			Juste avant de relâcher la main toujours accrochée
Crispation/détente	Froncement sourcils	03 :53			1min	incompréhension
	Corps détendu (précisé)		17 :11 visage 18 détente main			
	Corps crispé (précisé)	X	29 :53 main accroché 32 :51 main sur jambes			
	Corps en mvt (précisé)	X bras/main pr parler	35 :40 Réveil formel			

	Contact	01 :49	16 :23 dbt H	37 :07 léger 37 :14 léger 37 :23		01 :49 pr rassurer la patiente -> provoque bcp frottements chez elle Post-H -> dès que le praticien se rapproche de sa joue, les épaules de la patiente se lèvent
Catalepsie	Catalepsie (précisé)	02 :23 05 :58 (2mains jointes) 07 :55 doigt	19 :13 mâchoire 34 :23 doigt		05 :58 -> 26s 07 :55 -> 27s 19 :13 -> 3mins 8s 34 :23 -> 14s	Dès fauteuil allongé, catalepsie corps sauf tête et un doigt qui frotte => Représente l'attente et un besoin de contrôle Catalepsie de la mâchoire induite par le praticien pour le soin. Pour la suite du soin, mâchoire ouverte ms plus difficile pour la patiente. 05 :58 -> quand instr en bouche, en attente de ce que va dire le praticien ; arrêt qd retrait instr. 07 :55 -> attente observation du praticien, débute dès le mot « sensible », arrêt dès retrait instruments.
Déglutition	Espacée et marquée		19 :07 juste avt d'ouvrir la bouche			Juste avt la catalepsie de la mâchoire Déglutition diff à voir à la vidéo
	Normale	X		X		
Respiration	Rapide					Respiration difficile à voir à la vidéo

	Normale	X	X	X		
	Ralentie		Juste au dbt transe			
Yeux/Regard	Mvts oculaires actifs (transe)					
	Yeux ouverts	X	32 :31 yeux se sont ouverts	X		
	Yeux fermés		17 :11			Difficile de savoir quand exactement la patiente a rouvert les yeux
	Regard dans le vague	X				
	Regard fuyant					
	Regard dans yeux	De temps en temps		X quand assise 37 :07	37 :07 -> 1min 36s	
Sourire	Sourire atteignant yeux	1 :16 15 :35				
	Sourire	00 :45	37 :43			00 :45 -> souvenir triste

	n'atteignant pas yeux					
Micro-expressions		00 :41 Aile du nez qui s'ouvre + haussement sourcil 00 :48 froncement sourcils, lèvres pincées				00 :41= surprise 00 :48 = colère
Abréactions	Pleurs					
	Rires					
	Tremblements					
Distance	Intime	X 02 :23	X			
	Personnel	X dbt jusqu'à 02 :23		X 36 :18	36 :18 -> 2mins 32s	
	Social					
Paralangage	Silence		16 :23 dès le dbt H.			

	Timbre					
	Rythme	Assez rapide		Moins rapide		
	Intonations	01 :04 Montant ds les aigües quand elle raconte son histoire				
Apparence	Tatouage	NN				
	Piercing	NN				
	Vêtement	Prend soin d'elle				
	Maquillage	OUI				
Autre	Autre			Haussement épaules quand praticien rapproche sa main du visage		Cette patiente d'habitude très sensible au détartrage ne l'a pas été du tout durant la séance.

Transe en Dental : quand le corps nous parle...

RESUME EN FRANÇAIS :

L'Hypnose est une pratique se développant progressivement dans l'art dentaire, où le langage verbal du praticien est précis et suggère un calme salvateur au patient. Quelle place occupe alors le corps ? Son observation et l'utilisation de nos cinq sens peuvent-elles nous permettre d'améliorer notre communication avec les patients et également nos séances d'hypnose ? Plusieurs critères d'analyse provenant de diverses théories ont permis une observation de onze vidéos de dentistes formés à l'hypnose, afin de répondre à cette question. Le langage non-verbal des patients a été analysé méthodiquement. L'expression corporelle a ainsi une place toute aussi importante que les mots. L'association des deux est un outil puissant desquelle le dentiste et le patient peuvent bénéficier.

TITRE EN ANGLAIS : Trance in Dental : when the body is talkative...

RESUME EN ANGLAIS :

Hypnosis is an emerging practice in dental art. The dentist's verbal language used in hypnosis is precisely chosen to suggest a peaceful state of well-being. Can body observation and use of the five senses allow a better connection with the patient to perform an improved hypnosis session? To answer this question, eleven dental video recordings were analyzed through the prism of number of criteria derived from several theories. Thus, the non-verbal language could be methodically interpreted. In particular, the observation work carried out allows to show that body expression has an equally important place as the verbal language. Their combined use could be a powerful tool from which the dentist and the patient could benefit.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie dentaire

MOTS-CLES : hypnose, non-verbal, transe, corps, communication, observation, synchronisation, langage

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de chirurgie dentaire 3 chemin des Maraîchers 31062 Toulouse Cedex

Directeur de thèse : Professeur Franck DIEMER