

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

[Année de soutenance : 2015]

N°:

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 20 Octobre 2015

Par Johann DEGLORIE

Né le 19 NOVEMBRE 1991 à Lille - France

INTERETS ET APPLICATIONS DE LA SOPHROLOGIE AU CABINET DENTAIRE

JURY

Président : Madame le Professeur Elisabeth DELCOURT-DEBRUYNE

Assesseurs : Madame le Docteur Emilie DEHAYNIN-TOULET

Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME

Madame le Docteur Françoise CATHALA

ACADEMIE DE LILLE
UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2

~*~*~*~*~*~*~*~*~*

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE
PLACE DE VÉRDUN
59000 LILLE

~*~*~*~*~*~*~*~*~*

Président de l'Université : X. VANDENDRIESSCHE
Directeur Général des Services : P.M. ROBERT
Doyen : E. DEVEAUX
Assesseurs : E. BOCQUET, L. NAWROCKI et G. PENEL
Chef des Services Administratifs : S. NEDELEC

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

H. BOUTIGNY	Parodontologie
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Responsable de la sous-section de Parodontologie
E. DEVEAUX	Odontologie Conservatrice – Endodontie Doyen de la faculté
G. PENEL	Sciences Biologiques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Y. BAILLIEZ	Responsable de la Sous-Section Sciences Biologiques
T. BECAVIN	Odontologie conservatrice - Endodontie
P. BEHIN	Prothèses
F. BOSCHIN	Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable de la Sous-Section d' Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable de la Sous-Section de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
A. CLAISSE	Odontologie Conservatrice - Endodontie
T. COLARD	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie
M. DANGLETERRE	Sciences Biologiques
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable de la Sous-Section Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Responsable de la Sous-Section d' Odontologie Conservatrice - Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDEBERT	Odontologie Conservatrice - Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable de la Sous-Section Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. LEFEVRE	Responsable de la Sous-Section de Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice - Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin – CHRU Lille Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation

B. PICART	Prothèses
P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
M. SAVIGNAT	Responsable de la Sous-Section des Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Prothèses

Règlement de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Remerciements

Madame le Professeur Elisabeth DELCOURT – DEBRUYNE
Professeur des Universités – Praticien hospitalier des CSERD
Sous-Section Parodontologie

Docteur en Chirurgie-dentaire
Docteur en 3^{ème} cycle en Sciences Odontologiques
Maîtrise libre de Biologie Humaine
Docteur d'Etat en Odontologie
Habilitée à diriger des Recherches
Membre titulaire de l'Académie Nationale de Chirurgie-dentaire
Responsable de la Sous-Section de Parodontologie

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Merci de me faire l'honneur de présider cette thèse. Votre professionnalisme ainsi que votre passion pour votre spécialité ont toujours été pour moi une inspiration à toujours mieux faire dans l'intérêt de nos patients.

Madame le Docteur Emilie DEHAYNIN - TOULET

Maître de Conférences des Universités (Associée) – Praticien hospitalier des CSERD

Sous-Section Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie-dentaire

Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales

Attestation de Formation aux Soins Dentaires sous inhalation de MEOPA

Vous m'avez suggéré cette idée de thèse il y a deux ans suite à une présentation effleurant à peine le sujet. Merci de vous être proposée à la direction de cette thèse ainsi que pour vos conseils et votre disponibilité sans faille tout le long de sa rédaction et jusqu'à sa présentation.

Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME

Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier des CSERD

Sous-Section Prothèses

Docteur en Chirurgie-dentaire

Vous avez de suite accepté ma proposition de siéger dans ce jury et je vous en remercie. Votre sérieux et votre rigueur lors de nos quelques vacations communes au cours des trois dernières années ont été une source de motivation à m'améliorer au cours de mon cursus et après celui-ci.

Madame le Docteur Françoise CATHALA

Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD

*Sous-Section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé et Odontologie
Légale*

Docteur en Chirurgie-dentaire

Merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury ce qui, au final, n'est que la conclusion de notre année passée à dépister, prescrire, rassurer et donc changer la vie de nos patients (au moins de 9 heures à 9 heures 30). Vous avez toujours été d'une gentillesse et d'une patience à toute épreuve avec moi et je vous en remercie.

INTERETS ET APPLICATIONS DE LA SOPHROLOGIE AU CABINET DENTAIRE

Table des matières

1. Qu'est-ce que la sophrologie ? : Définitions et principes	19
1.1. Définitions et objectifs de la sophrologie	19
1.2. Les origines de la sophrologie	21
1.2.1. Schéma global	21
1.2.2. Les philosophies orientales	21
1.2.3. La Grèce Antique	23
1.2.4. L'influence de l'hypnose	24
1.2.5. Les techniques de relaxation	25
1.2.5.1. Le training autogène de Schultz	25
1.2.5.2. La relaxation progressive de Jacobson	26
1.2.6. La phénoménologie	26
1.2.7. La psychologie	27
1.3. Les bases scientifiques de la méthode	27
1.3.1. Les ondes Bêta	28
1.3.2. Les ondes Alpha	28
1.3.3. Les ondes Delta	29
1.3.4. Les ondes Gamma	29
1.3.5. Les ondes Thêta	30
1.4. Concepts fondamentaux de la méthode	30
1.4.1. Les différents états et niveaux de conscience	31
1.4.1.1. Etats et niveaux de conscience	31
1.4.1.2. Le niveau sophro-liminal	33
1.4.2. La respiration	35
1.4.3. Les quatre Principes de Caycedo	36
1.4.3.1. Le schéma corporel comme réalité vécue	36
1.4.3.2. Le principe d'action positive	36
1.4.3.3. La réalité objective	37
1.4.3.4. L'adaptabilité	37
1.4.4. L'alliance sophronique	37
1.4.5. Le Terpnos Logos	38
1.4.6. La vivance sophronique	38
1.4.7. Les cinq systèmes ISOCAY	38

1.4.8.	Le déroulement des séances en sophrologie	41
1.4.8.1.	La Relaxation Dynamique de Caycedo (RDC)	41
1.4.8.2.	Les bonnes conditions de réalisation	43
1.4.8.3.	La chronologie des séances	43
1.4.8.4.	Les différences entre Sophronisation de Base Simple et Sophronisation de Base Vivantielle	44
2.	Les intérêts de la sophrologie au cabinet dentaire	45
2.1.	Le stress au cabinet dentaire	45
2.1.1.	Définition du stress	45
2.1.2.	Types et formes de stress	46
2.1.2.1.	Les différents types de stress	46
2.1.2.2.	Les différentes formes de stress	46
2.1.3.	Les conséquences globales du stress	48
2.1.4.	Le stress du patient	49
2.1.4.1.	La symbolique de la bouche	49
2.1.4.2.	Une relation patient / praticien inégalitaire	50
2.1.4.3.	L'imaginaire collectif et la mauvaise réputation	50
2.1.4.4.	Les expériences antérieures	51
2.1.4.5.	La peur de la contamination / intoxication	51
2.1.4.6.	La peur de la douleur	52
2.1.5.	Le stress du personnel soignant (praticien et assistante)	52
2.1.5.1.	Les exigences de la profession	52
2.1.5.2.	L'impact du stress du patient sur le praticien	53
2.2.	Le lien entre douleur et stress	54
2.2.1.	Définition de la douleur	54
2.2.2.	Mécanismes physiologiques de la douleur	55
2.2.3.	Relation stress / douleur	56
2.3.	Les différents intérêts de la sophrologie pour la pratique de l'art dentaire	58
2.3.1.	La communication et le rapport au patient	58
2.3.2.	Le traitement de la crainte	59
2.3.3.	Le traitement de la douleur.....	60
2.3.3.1.	En pré-opératoire	60
2.3.3.2.	En per-opératoire	61

2.3.3.2.1.	En complément à l'anesthésie générale	61
2.3.3.2.2.	La sophro-analgésie	61
2.3.3.2.3.	En support de l'anesthésie locale / loco-régionale	62
2.3.3.3.	En post-opératoire	62
2.3.4.	Autres applications pour le patient	62
2.3.5.	Le développement personnel du chirurgien-dentiste	63
2.4.	Sophrologie et juridiction	64
2.5.	Expériences relatives et ouvertures vers d'autres disciplines médicales	65
2.5.1.	En médecine générale	65
2.5.2.	En socio-prophylaxie	65
2.5.3.	En préparation à la naissance	66
2.5.4.	Les douleurs chroniques	67
2.5.5.	Les dépendances et addictions	67
2.5.6.	Autres	67
3.	Techniques utilisables au cabinet dentaire	68
3.1.	La sophronisation de Base Simple ou Relaxante	68
3.2.	Les trois « techniques-clés » ou Phase préparatoire	70
3.2.1.	Sophronisation de Base Vivantielle	70
3.2.2.	Sophro-déplacement du négatif	71
3.2.3.	Sophro-acceptation vitale des cinq systèmes ISOCAY	72
3.3.	Techniques spécifiques	73
3.3.1.	La Relaxation Dynamique de Caycedo 1	73
3.3.1.1.	Généralités sur la RDC 1	73
3.3.1.2.	RDC 1 : protocole	73
3.3.1.2.1.	Préparation à la RDC 1	73
3.3.1.2.2.	Vivance phronique concentrative du 1 ^{er} système	74
3.3.1.2.3.	Vivance phronique concentrative du 2 ^{ème} système	75
3.3.1.2.4.	Vivance phronique concentrative du 3 ^{ème} système	76
3.3.1.2.5.	Vivance phronique concentrative du 4 ^{ème} système	76
3.3.1.2.6.	Vivance phronique concentrative du 5 ^{ème} système	77
3.3.1.2.7.	Vivance phronique concentrative de Totalisation	77
3.3.1.2.8.	Désophronisation et compléments	78
3.3.2.	La Sophro-respiration synchronique	78

3.3.3.	La Sophro-substitution sensorielle	79
3.3.4.	La Technique Conditionnée	80
3.3.5.	La Relaxation Dynamique de Caycedo 2	80
3.3.5.1.	La RDC 2 : Généralités sur la RDC 2	80
3.3.5.2.	RDC 2 : protocole	81
3.3.5.2.1.	Préparation à la RDC 2	81
3.3.5.2.2.	Concentration Sujet-objet	81
3.3.5.2.3.	Vivance phronique contemplative du 1 ^{er} système	82
3.3.5.2.4.	Vivance phronique contemplative du 2 ^{ème} système	83
3.3.5.2.5.	Vivance phronique contemplative du 3 ^{ème} système	84
3.3.5.2.6.	Vivance phronique contemplative du 4 ^{ème} système	84
3.3.5.2.7.	Vivance phronique contemplative du 5 ^{ème} système	84
3.3.5.2.8.	Vivance phronique contemplative de Totalisation	85
3.3.5.2.9.	Désophronisation et compléments	85
3.3.6.	La Sophro-acceptation progressive	85
3.3.7.	La Sophro-correction sérielle	86
3.3.8.	La Sophro-mnésie	87
3.3.9.	La Sophro-analgésie et techniques associées	88
3.3.9.1.	Généralités	88
3.3.9.2.	Sophro-analgésie	88
3.3.9.3.	Support de l'anesthésie locale ou loco-régionale	89
3.3.9.4.	Complément de l'anesthésie générale	89
3.3.10.	En préparation à une opération chirurgicale	89
3.3.11.	En post-opératoire	90
3.3.12.	Pour les douleurs lombaires (praticien)	91

INTRODUCTION

En chirurgie-dentaire, le contrôle de la douleur est une préoccupation aussi bien pour le patient que pour le praticien. Malgré les progrès des techniques d'anesthésie, d'analgésie et de « contrôle » de la douleur, la visite chez le chirurgien-dentiste est souvent source d'angoisses et de stress pour les patients et ce, dès le plus jeune âge, parfois même avant le premier contact avec le praticien. En effet, la vision globale du dentiste dans notre société, ainsi que par les expériences rapportées par la famille et les proches peuvent influencer le patient. Ces angoisses ont différentes origines, qui peuvent être aussi bien liées à la symbolique de la bouche qu'à la peur de la douleur elle-même. Ceci se répercute négativement sur l'image du chirurgien-dentiste dans l'imaginaire collectif, ainsi que sur l'état de santé du patient. En effet, ce dernier a tendance à reporter les soins jusqu'au stade fatidique de l'urgence dentaire où, confronté à un mur, il doit finalement se résoudre à aller se soigner et affronter la source de ses angoisses. Ceci augmente son stress, ce qui joue sur sa perception de la douleur et conduit au final, dans la majorité des cas, à accentuer la vision négative qu'il a de la profession.

Mais, cette problématique du stress ne touche pas que les patients : ce problème est bilatéral et affecte également les praticiens, le stress du soigné se répercutant inévitablement sur le soignant. En effet, notre profession est en évolution avec un taux important de stress et d'épuisement professionnel ou « burn out », avec un taux de suicides et de procès intentés en augmentation. Ceci aboutit à rendre le métier de plus en plus exigeant, contraignant et donc stressant.

Afin de répondre à ce problème, de nombreuses solutions ont été proposées et envisagées dont la sophrologie. Mais, qu'est-ce que la sophrologie? Quels sont ses principes, ses bases et ses techniques? Quels intérêts peuvent-y trouver le patient et le praticien? Comment peut-elle réellement servir notre pratique?

1. Qu'est-ce que la sophrologie ? : Définitions et principes

1.1. Définitions et objectifs de la sophrologie :

« La sophrologie est une nouvelle science, ou mieux une école scientifique qui étudie la conscience humaine, ses modifications et les moyens physiques, chimiques ou psychiques pouvant la modifier dans un but thérapeutique, prophylactique, ou pédagogique en médecine »

[définition du professeur *Alfonso Caycedo*, neuropsychiatre et fondateur de la sophrologie] [1]

Etymologiquement, « sophrologie » vient du grec ancien :

- σός / *sós* signifiant « harmonie / sérénité / tranquillité »,
- φρήν / *phrén* signifiant « esprit / conscience »
- λογία / *logos* : « science/ méthode/ étude »

soit la science de l'harmonie de la conscience, l'étude de l'harmonie de l'esprit ou encore étudier la conscience humaine afin d'atteindre un certain niveau d'harmonie.

La sophrologie est donc un ensemble de méthodes et d'exercices, qui permettent de modifier le niveau de conscience (Cf paragraphe 1.4.1.)

La sophrologie, telle que nous la connaissons actuellement fut créée au début des années 1960 par le professeur *Alfonso Caycedo*, docteur en médecine et chirurgie, spécialisé en neuropsychiatrie et professeur de psychiatrie à l'Université de Barcelone. Ce terme de « sophrologie » fut créé en octobre 1960, afin de le différencier du terme « hypnose » qui est associé aux mythes, aux magiciens, artistes et occultistes : il fallait donc une nouvelle terminologie « libre de compromis historiques » et ceci aboutit à la formation de la Société de Sophrologie Médicale. De 1965 à 1968, le Pr *A. Caycedo* voyagea en Inde, au Tibet et au Japon et s'imprégna des cultures, traditions et croyances telles que le yoga hindou, le zen japonais et le bouddhisme tibétain. Il en tira d'ailleurs les trois premiers degrés de la Relaxation Dynamique (Cf paragraphe 1.5.10.1.) et une vision renouvelée du concept de « conscience ».

Il mit tout cela en lien avec des méthodes occidentales, telles que le training autogène de *Schultz*, la relaxation de *Jacobson*, la phénoménologie de *Husserl*, l'hypnose, l'hypnose Ericksonienne, mais également des bases bien plus anciennes comme l'idéalisme platonien. La sophrologie est donc riche de modèles traditionnels, de modèles philosophiques, de connaissances en médecine et en psychologie, en anthropologie et en sociologie.

La sophrologie permet la prise en compte de l'Homme dans le monde actuel, avec ses difficultés et ses souffrances et est adaptable aux objectifs souhaités.

Le principal objectif de la sophrologie est la recherche d'un équilibre de l'être par une approche individuelle, faite par soi-même et pour soi-même. Cela se fait à peu de frais et ne nécessite pas forcément beaucoup de temps. La sophrologie apporte une disposition de l'esprit qui rend la personne moins réceptive au stress, aux agressions quotidiennes morales et physiques et pour certains, plus résistante aux maladies de par les rapports entre le somatique et le psychique. La sophrologie agit donc sur de nombreux domaines, comme l'augmentation de la confiance en soi, stimuler la motivation, améliorer la santé etc... [2]

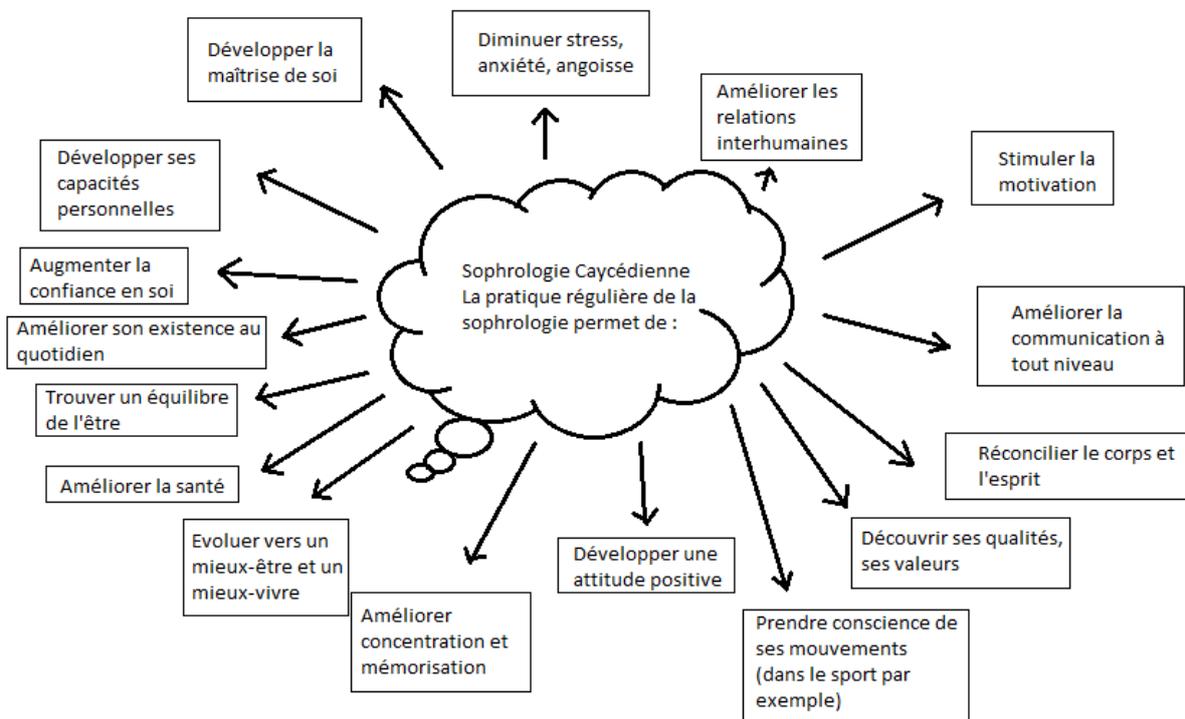


Fig.1. : Schéma des effets de la sophrologie de Schwaar

1.2. Les origines de la sophrologie :

1.2.1. Schéma global :

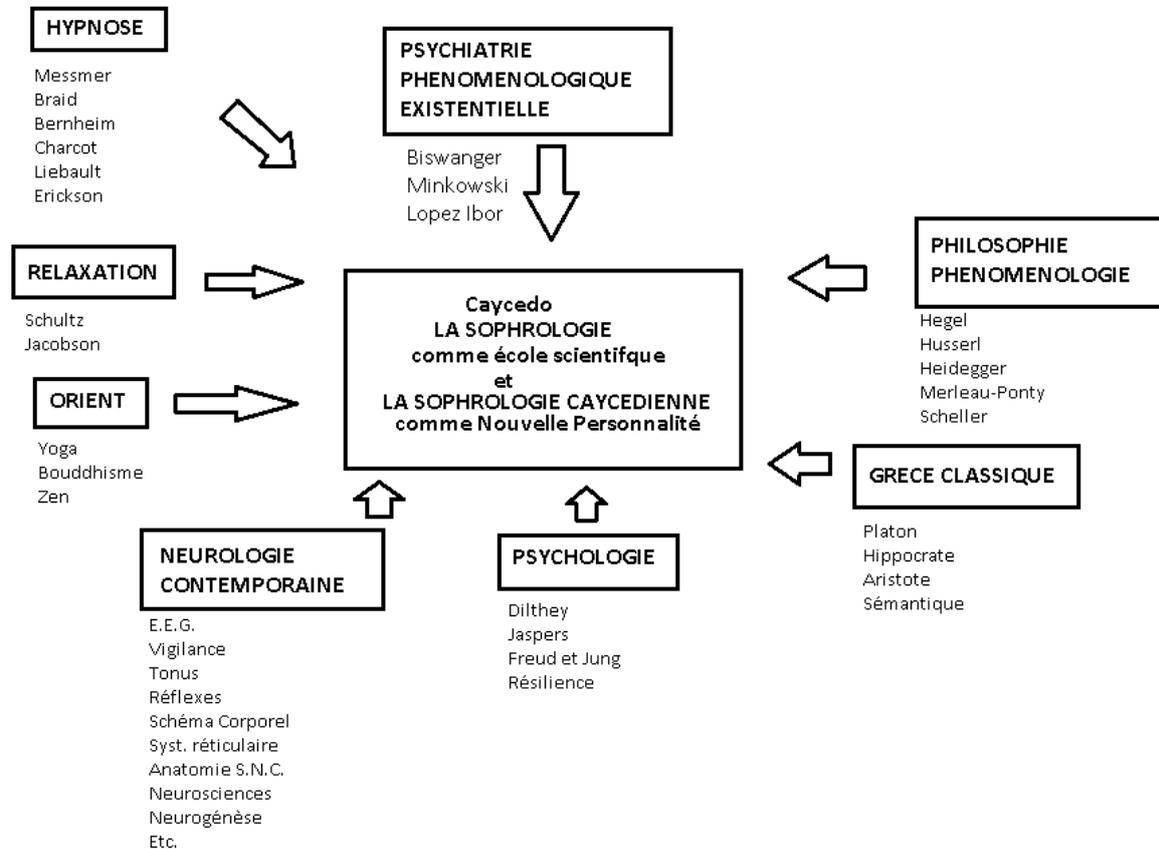


Fig.2. : Schéma synthétique sur les sources et origines de la sophrologie d'après P.A. Chéné [3]

Nombreuses sont les sources qui ont influencé et inspiré la sophrologie.

1.2.2. Les philosophies orientales :

Les plus anciennes sources de la sophrologie sont les philosophies orientales, dont le bouddhisme et sa figure phare, le bouddha, de son vrai nom *Siddhārtha Gautama*. Dans sa quête spirituelle, ce dernier s'intéressa également au yoga, beaucoup plus ancien, avec lequel il ne trouva pas toutes les réponses à ces questions et décida donc d'en tirer quelques principes mais, voulut aller plus loin en développant sa propre philosophie. Ainsi, le bouddhisme, bien que considéré comme religion actuellement, est avant tout une philosophie de vie [4].

Le bouddhisme est ainsi apparu vers le Vème siècle avant JC et a pour but principal la libération de la souffrance mentale et l'établissement d'un état de sérénité permanent. Déjà à cette époque, la dimension psychique de la douleur était donc connue en plus de sa dimension physiologique. Nous sommes tous confrontés à cette souffrance mentale, qui a pour cause notre vision erronée de la réalité d'où l'apparition d'un des grands enseignements du bouddhisme : le fait de changer notre vision de la réalité. Ceci correspond parfaitement à la problématique principale de la réalisation des soins dentaires : nos patients sont anxieux, effrayés voire tétanisés pour certains à la simple idée de se faire soigner car, leur vision, leur perception de cette réalité est fausse.

Notre sérénité ne dépend donc pas des situations mais, de nos réactions face à elles, ces réactions étant conditionnées par notre expérience, notre passé ce qui est appelé la « loi du Karma » ou plus généralement, tout acte (karma) induit des effets qui se répercuteront sur les différentes vies d'un individu.

D'ailleurs, le terme « bouddha » signifie non seulement « l'éveillé » mais également le « non-conditionné » par son passé. Ce non-conditionnement s'acquiert par le « juste effort » qui, par la suite, devient habitude : faire d'un acte de volonté une habitude afin d'atteindre la sérénité.

Le bouddhisme repose sur cinq capacités que nous possédons déjà en nous, mais à l'état de veille :

- le contrôle de l'esprit,
- la présence au réel,
- la conscience au changement,
- le non-attachement,
- et l'amour universel,

dont les trois premières serviront de base à la sophrologie. Cela repose également sur ce qui est appelé les « quatre nobles vérités » qui sont les suivantes :

- l'existence de la souffrance et donc reconnaître ce mal mental,
- la cause de la souffrance, c'est-à-dire la vision erronée de la réalité,
- l'élimination de la souffrance qui est le but principal du bouddhisme,
- et la voie qui mène à l'élimination de la souffrance, le « Noble chemin octuple ».

Ceci correspond donc quasiment à une psychothérapie telle que prodiguée actuellement.

Le bouddhisme sert de base au développement d'une autre philosophie orientale : le zen développé par *Mahākāshyapa*, qui n'était autre qu'un des disciples de *Siddhārtha Gautama*.

1.2.3. La Grèce Antique :

L'une des principales autres sources de la sophrologie est la Grèce Antique et plus précisément des philosophes Grecs de l'Antiquité : en Occident, les philosophes grecs antiques sont connus de tous, leur philosophie a rayonné sur toute l'Europe occidentale et c'est d'ailleurs toujours le cas avec l'enseignement de la philosophie en milieu scolaire et universitaire.

Tout débute avec *Hippocrate* (460-377 avant JC), véritable précurseur de la médecine moderne et sa théorie des « humeurs et des tempéraments », reprise plus tard par *Galien*. La santé de l'esprit et du corps dépend de l'équilibre entre les quatre humeurs du corps : le sang (rattaché au foie et au cœur), la lymphe (reliée au cerveau), la bile jaune (en lien elle-aussi avec le foie), la bile noire (rattachée à la rate). Ces quatre humeurs correspondant à quatre éléments : le feu, l'air, la terre et l'eau.

Il s'agit donc ici aussi d'une prise en charge de la santé de l'esprit, à peu près à la même époque que le bouddhisme mais, dans des régions du globe totalement éloignées.

Platon (428-348 avant JC), élève de *Socrate* (470-399 avant JC), apporte ensuite son « Terpnos Logos » traduit par « le Discours ». Cela consiste à soigner par des incantations, par de belles paroles afin d'agir sur l'esprit et par la suite sur le corps : les bases de la psychothérapie verbale. Cela se retrouve dans l'histoire de *Charmide*, un jeune Homme souffrant de migraines et qui fut soigné par *Socrate*. Selon ce dernier, en plus de la pharmacopée, il faut « charmer l'esprit avec une incantation poétique, un beau discours » comme nous le rapporte *Platon* : « *C'est par des incantations, bienheureux ami, que l'on soigne l'âme ; ces incantations, ce sont les discours qui contiennent les belles pensées ; or les discours qui sont de telles sortes font naître dans l'âme une sagesse morale, dont l'apparition et la présence permettent dorénavant de procurer aisément la bonne santé à la tête comme au reste du corps.* » [5]. Il y avait donc déjà à l'époque l'idée de santé physique et psychique, l'imbrication forte entre les deux et la capacité de traiter les problèmes psychiques par la suggestion, qui servira de base à l'hypnose telle que nous la connaissons actuellement et que nous retrouverons dans le discours sophronique et le « Terpnos Logos » toujours utilisé.

Arrive ensuite *Aristote* (384-322 avant JC), élève de *Platon*, qui continuera les travaux de son maître et développera également son fameux modèle de raisonnement correct : le syllogisme.

En plus de ces grands concepts philosophiques, la sophrologie devra à la Grèce Antique une grande partie de sa sémantique.

1.2.4. L'influence de l'hypnose :

L'influence de l'hypnose sur le développement de la sophrologie s'est faite à travers certains grands personnages : la sophrologie telle que nous la connaissons et la pratiquons actuellement a trouvé ses fondements et bases sur les courants de pensée développés de la fin du XVIIème siècle au début du XXème siècle tout d'abord avec *Anton Mesmer* (1734-1815) et sa théorie du « magnétisme animal » qui aboutit aux pratiques de suggestion hypnotique bien que ses expérimentations aboutirent à des crises convulsives.

C'est ensuite le *Marquis de Puységur* (1751-1825) qui découvrit en 1784 le somnambulisme artificiel, ce qui modifia la pratique des passes magnétiques aboutissant à une sorte de sommeil bienfaisant au lieu des crises convulsives. Le *Baron Du Potet* (1796-1881) inaugura d'ailleurs les interventions sous anesthésie par sommeil magnétique : cela se fit à l'Hôtel-Dieu et fut développé notamment en Angleterre.

Mais, le terme d'« hypnose » fut instauré par le médecin *James Braid* (1795-1860) dans son livre « *Neurypnologie, Traité du sommeil nerveux ou hypnotisme* », datant de 1843, dans lequel il nomme « hypnose » le phénomène de production d'un sommeil artificiel avec perte de mémoire et le développement des suggestions.

En France, à l'hospice de la Salpêtrière, *Jean-Martin Charcot* (1825-1893) réalisa de nombreuses conférences sur l'hypnose et en fit une véritable science. Il travailla sur l'hystérie et se servit de l'hypnose sur une patiente hystérique. Cela permit d'observer trois états d'hypnose selon les sujets et les méthodes employées :

- l'état léthargique,
- l'état cataleptique,
- et l'état somnambulique avec une anesthésie plus ou moins marquée, une hyperactivité des sens et la réceptivité à toutes les suggestions. [6]

C'est cet état somnambulique qui se rapprocherait le plus de ce que nous appelons en sophrologie l'état « sophroliminal ». La pratique de l'hypnose connue par la suite un déclin avec le mort de *Charcot* et l'apparition des premiers anesthésiques. C'est *Freud* qui reprit ensuite les démonstrations de *Charcot* en développant le concept d'« inconscient ».

Alors que *Charcot* étudiait l'hypnose chez les hystériques qui présentaient tous les signes diagnostiques des différents états hypnotiques, de leurs côtés, à l'Ecole de Nancy, les *Docteurs Liébault* (1823-1904) et *Bernheim* (1840 -1919) décidèrent de l'expérimenter sur des sujets sains en insistant sur la suggestion et sur l'idée d'un sommeil provoqué par la suggestion. Leur psychothérapie se fit durant cet état de sommeil provoqué.

L'hypnose connaîtra au XXème siècle un renouveau avec *Milton Erickson* (1901-1980) et le développement de l'hypnose éricksonienne. *Erickson*, médecin psychiatre, s'intéressa à l'hypnose et partit du principe que chaque individu et donc, chaque patient est unique. Il faut ainsi une technique adaptée à chaque patient, à sa personnalité et à son passé

(ce qui rejoint la « loi du karma » en sophrologie). La principale différence avec l'hypnose classique porte sur l'induction. En hypnose classique, l'induction est autoritaire avec emploi de l'impératif et, cette induction est la même pour tous les patients donc, si ça ne marche pas, le patient est catalogué comme « non-hypnotisable » alors qu'en hypnose éricksonienne, les techniques d'induction sont nombreuses et variées et vont s'adapter au patient : le choix de la technique d'induction est adaptée au patient et à son état psychologique du moment, ses caractéristiques psychologiques, son humeur, ses goûts, sa vision du monde etc. De ce fait, chaque patient devient hypnotisable, il faut juste que le thérapeute s'adapte à lui dans le but d'établir une communication avec l'inconscient du patient, afin de traiter les problèmes là où ils se situent et s'adapter à ses besoins [7].

Dans cet historique de l'hypnose, la sophrologie tira la correspondance entre l'état d'hypnose et le niveau « sophro-liminal » qui ne sont pas différenciables. De même apparut ainsi le déroulement des séances, notamment avec l'hypnose éricksonienne et l'induction d'un état de conscience modifié par la notion de « Terpnos Logos » : le discours qui devra être prononcé de façon à induire le niveau sophro-liminal.

1.2.5. Les techniques de relaxation :

De nombreuses méthodes de relaxation existent mais, toutes inspirées et basées sur deux techniques : le « training autogène » de *Schultz* (1884-1970) basé sur le mental et la relaxation progressive de *Jacobson* (1888-1983) à point de départ musculaire.

1.2.5.1. Le training autogène de Schultz :

Le « training autogène » de *Schultz* est, comme son nom l'indique un auto-entraînement basé sur des techniques d'auto-hypnose, aboutissant à une relaxation profonde via l'auto-suggestion et la concentration. Son but est d'éliminer les stress de toutes sortes. Il est basé sur le principe d'autosuggestion consciente de *Coué* (1857-1926) et donc de l'hypnose.

Cela se déroule en six étapes dont la première consiste à se détendre, à visualiser tous nos muscles en évoquant la pesanteur dans les différentes parties de son corps, en partant de la tête vers les pieds. La seconde étape consiste à visualiser une impression de chaleur douce et agréable toujours de la tête aux pieds, ceci étant lié à l'augmentation de la circulation sanguine dans la partie ciblée. Au cours de la troisième étape, on tente d'étendre cette sensation de détente et de chaleur aux organes internes. La prise de conscience du rythme cardiaque constitue la quatrième étape. Il faut ensuite se concentrer sur sa respiration pour qu'elle devienne ample et lente. Cela peut se terminer là mais, selon la méthode originelle de *Schultz*, il existe une sixième étape qui consiste à refroidir la tête et le front. Suite à cela, le niveau de relaxation atteint permet d'aborder une séance d'autohypnose ou de méditation.

La sophrologie s'inspire de ces pratiques, afin de relaxer les pratiquants et les aider à atteindre le niveau sophro-liminal [8].

1.2.5.2. La relaxation progressive de Jacobson :

La relaxation progressive de *Jacobson* est, quant à elle, une méthode de relaxation neuromusculaire basée sur le fait qu'il existe une relation entre les émotions et le degré de tension musculaire, chose qu'il a pu constater en 1928 à l'aide de tracés myographiques : même les activités mentales les plus simples et les plus neutres provoquent une impulsion électrique vers les muscles, même si elle est faible pour les mettre en mouvement. Donc, l'apprentissage de la relaxation musculaire sert à réduire ou à prévenir l'activation émotionnelle suscitée par une situation quelle qu'elle soit.

Le principe de base consiste à se concentrer sur la décontraction musculaire puis, sur la contraction intense d'un muscle puis, sur son relâchement brutal en se focalisant sur les sensations à chaque phase : cela permet d'individualiser chaque muscle et d'en relâcher un, tout en gardant les autres contractés. Cette méthode est notamment utilisée pour traiter le bégaiement afin d'apprendre au patient à maîtriser sa langue et les muscles de sa gorge qui interviennent au cours de la parole [9].

Jacobson constata également que l'activité nerveuse est la même entre un mouvement pensé et un mouvement effectué. Ceci influença la sophrologie afin de visualiser un geste technique en état sophro-liminal, ce qui s'avère très utile par exemple dans le domaine sportif.

Au final, la relaxation ne représente qu'un moyen d'accès au niveau sophro-liminal : étape indispensable avant de passer à d'autres techniques dépendantes de cet état de conscience modifié.

1.2.6. La phénoménologie :

La phénoménologie est une philosophie développée par *Hegel* (1770-1831) puis par *Husserl* (1859-1938). On appelle « phénomène » un évènement se produisant au cours de la vie du sujet. La phénoménologie se base donc sur l'étude d'un phénomène ou d'un groupe de phénomènes, tels qu'ils apparaissent au travers de l'analyse directe du vécu, des expériences du sujet et ce, sans référence à quelque réalité dont ces phénomènes seraient la manifestation : on s'intéresse donc à l'expérience du sujet sur ce ou ces phénomènes, évènements survenus durant son existence, à la rencontre entre le sujet et le phénomène. On part donc du principe que la réalité est multiple car plusieurs sujets ayant vécu le même phénomène n'auront pas forcément la même vision de celui-ci, cette ou ces visions, étant par ailleurs, différentes de la réalité objective.

La phénoménologie est donc l'opposition de la vérité objective aux vérités subjectives qui elles, peuvent être infinies ; c'est donc une méthode de recherche de la conscience [10].

Le concept de Vivance, véritable processus de base de la sophrologie Caycédienne a apporté à la phénoménologie via des méthodes capables d'induire des phénomènes, de pouvoir les réitérer et les vivre dans un but d'amélioration de la vie humaine (Cf paragraphe 1.4.7.)

1.2.7. La psychologie :

La psychologie s'occupe surtout de l'inconscient, de l'émergence d'éléments inconscients, et donc inconnus du sujet, tandis que la sophrologie s'occupe davantage de la conscience.

Citons tout de même *Freud* (1856-1939) qui travailla avec *Charcot* pendant 4 mois et qui s'essaya lui-aussi à l'hypnose mais, avec des suggestions plus directes car pour lui, hypnose et suggestion n'étaient qu'une seule et même entité avant de développer ce qui le fit connaître : la psychanalyse.

1.3. Les bases scientifiques de la méthode :

Le cerveau, au cours de son activité, produit de l'électromagnétisme, qui est une sorte d'électricité biologique aboutissant aux fréquences cérébrales humaines.

Pour visualiser ces fréquences cérébrales humaines, on utilise l'Electro Encéphalogramme (EEG) qui traduit sous forme de graphique, sur une feuille de papier continue, les courants électromagnétiques émis par le cerveau.

Les recherches sur les fréquences cérébrales ont permis de déterminer cinq niveaux différents d'activité cérébrale électromagnétique, cinq rythmes d'ondes appelés *alpha*, *bêta*, *delta*, *gamma* et *thêta*.

Le cerveau émet donc plusieurs types d'ondes qui varient selon l'état de conscience du sujet.

1.3.1. Les ondes Bêta :

Généralement, quand une personne est éveillée, ses sens sont actifs et prompts à recevoir les stimuli externes. A cela s'ajoute un processus de pensée de type logique, analytique : cela aboutit à une activité électromagnétique cérébrale *bêta* et des fréquences de 14 à 21 cycles par seconde.

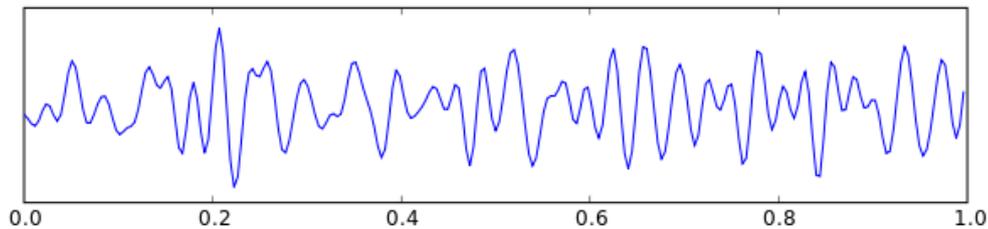


Fig. 3. : Tracé EEG des ondes Bêta

Les ondes *bêta* caractérisent donc la veille active, les activités quotidiennes, la concentration et pensées actives, l'action, la vivacité d'esprit.

1.3.2. Les ondes Alpha :

Dans des conditions de calme et de passivité physique, les sens ne sont pratiquement pas actifs, leur seuil de réceptivité baisse considérablement. Si à ces conditions viennent s'ajouter des pensées rêveuses, contemplatives, méditatives, les fréquences mentales sont de type *alpha*.

Pendant une activité électromagnétique *alpha* spontanée, les yeux sont généralement clos, pour éviter d'être sollicités par les images visuelles transmises par l'environnement et faciliter ainsi « la conscience intérieure ». Le rythme est de 7 à 14 cycles par seconde donc, une fréquence plus basse que pour les ondes *bêta*.

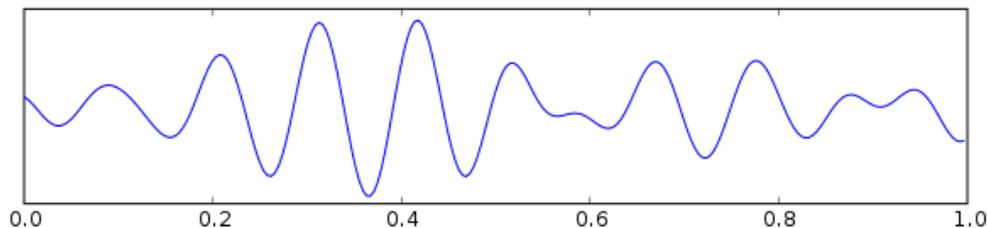


Fig. 4. : Tracé EEG des ondes Alpha

Les ondes alpha caractérisent la relaxation, la méditation, la détente, les pensées claires et calmes, l'apprentissage accéléré, la visualisation : les ondes alpha ont donc beaucoup de vertus.

Le niveau alpha est généralement décrit comme ayant 4 niveaux : du niveau 4 le plus proche de l'éveil, au niveau 1 au plus proche du sommeil.

1.3.3. Les ondes Delta :

Les ondes *delta*, elles, caractérisent le sommeil profond et sont normales chez le très jeune enfant. Plus tard, elles peuvent caractériser certaines lésions cérébrales. Le cerveau tourne aux alentours de 4 cycles par seconde ce qui correspond vraiment à l'inconscient : ici, seules les fonctions vitales sont assurées par le cerveau.

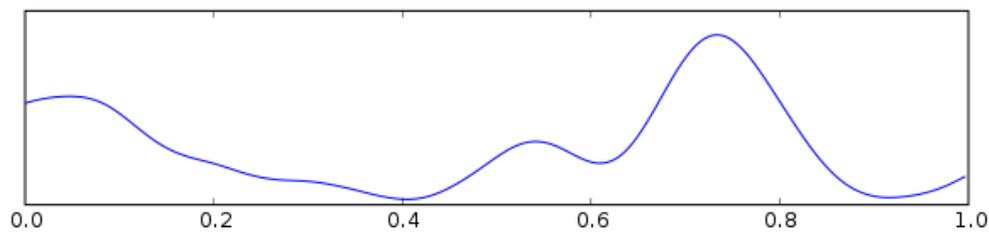


Fig. 5. : Tracé EEG des ondes Delta

1.3.4. Les ondes Gamma :

Les ondes *gamma* caractérisent la créativité, le dynamisme mental au rythme de 32 et 100 cycles par seconde.

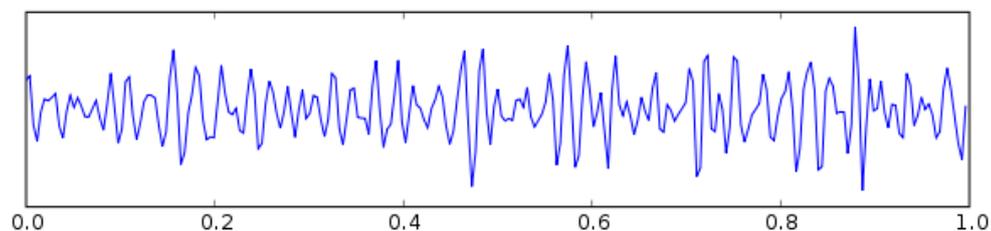


Fig. 6. : Tracé EEG des ondes Gamma

1.3.5. Les ondes Thêta :

Les ondes *thêta* caractérisent le synchronisme des deux cerveaux, la visualisation lucide, la méditation profonde, les états de transe, les rêves et l'hypnose et le sommeil léger. Le rythme est ici entre 4 et 7 cycles par seconde.

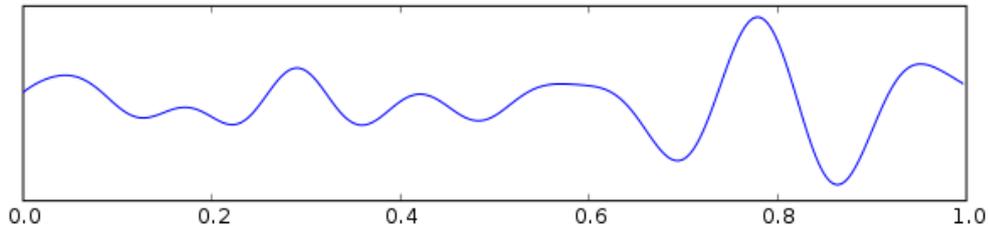


Fig. 7. : Tracé EEG des ondes Thêta [11]

Mais, ces ondes ne sont pas uniquement une production physique de notre organisme, elles influencent et sont influencées par les conditions physiques, psychiques et émotionnelles de l'individu : elles n'influencent donc pas que les conditions mentales, elles jouent aussi un rôle sur tous les systèmes et appareils organiques.

De plus, les chercheurs ont montré que les fréquences des ondes cérébrales déterminent l'état de conscience éprouvé à n'importe quel moment de la vie d'une personne (*Budzynski*, 1993 [12]). Ils ont aussi découvert qu'il était possible de canaliser et d'organiser des ondes cérébrales via certaines méthodes de relaxation.

Donc, les ondes cérébrales varient selon les situations : une situation donnée va produire des ondes cérébrales données mais, la réciproque est également vraie et c'est là que la sophrologie intervient : en arrivant à contrôler le type d'ondes cérébrales produites, on arrivera à induire l'état correspondant à ces ondes : en produisant des ondes alpha, un état de relaxation peut être induit. Si le patient apprend à manipuler certaines techniques, il peut parvenir à développer consciemment des fréquences cérébrales alpha, les plus bénéfiques.

1.4. Concepts fondamentaux de la méthode :

La sophrologie s'appuie sur des notions fortes, véritables piliers de la méthode. Leur compréhension est donc primordiale afin de saisir l'essence même de la sophrologie et ainsi, donner un sens à sa pratique. De ces piliers découle le déroulement des séances.

1.4.1. Les différents états et niveaux de conscience :

1.4.1.1. Etats et niveaux de conscience :

La sophrologie, depuis sa création en 1960, repose sur la première théorie Caycédienne : la théorie des Etats et des Niveaux de Conscience. Cette théorie sera démontrée scientifiquement quelques années plus tard et repose sur l'idée d'une structuration, d'une organisation de notre conscience en Niveaux de Conscience et en Etats de Conscience.

Tout d'abord, la conscience est définie en sophrologie comme la force d'intégration, le mécanisme intégrateur de tous les processus physiques, psychiques et spirituels de l'existence de l'Homme. C'est la force qui anime la personne humaine : une énergie, un éclaircissement, un flux. Il ne peut exister sans elle ; la conscience est universelle et transcendante, individuelle et originale. Il y a différents niveaux de conscience chez l'Homme donc plusieurs façons d'appréhender le monde.

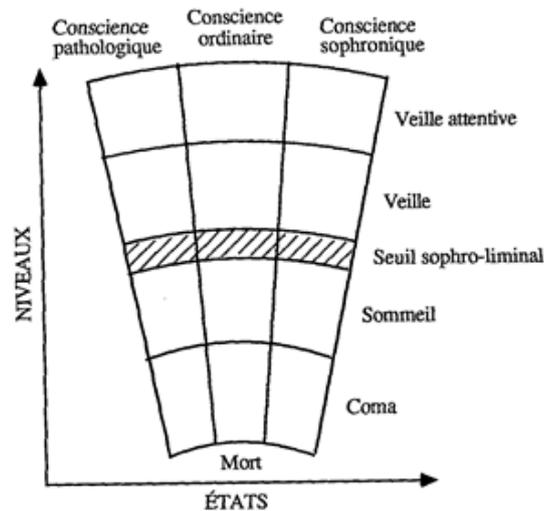


Fig.8. : l'éventail sophrologique de la Conscience selon le Pr. A. Caycedo [13]

Les Niveaux définissent des modifications quantitatives tandis que les Etats définissent des modifications qualitatives de Conscience.

On distingue 3 Etats qualitatifs de Conscience :

- la Conscience ordinaire ou Conscience Individuelle Ordinaire,
- la Conscience pathologique ou Possibilité Existentielle Pathologique,
- et la Conscience sophronique ou Possibilité Existentielle Sophronique (conscience orientée vers le positif de l'existence et qui permet une intégration positive de l'être : elle est l'aboutissement de l'entraînement en sophrologie).

Ces Etats de Conscience sont des modifications qualitatives allant de la maladie à la Conscience Sophronique.

La Conscience Ordinaire englobe les états normaux et classiques de Conscience où le sujet vit selon ses représentations mentales, selon des schémas pré-établis provenant aussi bien de son environnement que de lui-même (ce qui rejoint la partie sur le bouddhisme détaillée précédemment où la souffrance est due aux représentations que l'Homme se fait de son existence, de sa vie, et non à l'objectivité de cette réalité qui est, par ailleurs, non perçue).

La Conscience Pathologique englobe, quant à elle, des états pathologiques où la Conscience est altérée par la maladie. Cela va de la dépression aux démences en passant par l'hystérie et les névroses. Même une simple fièvre aura un impact sur notre conscience.

Enfin, la Conscience Sophronique est un état qui s'acquiert par l'entraînement et par la pratique de la Sophrologie et équivaut à une « nouvelle » Conscience où l'individu est à l'écoute de lui-même et des phénomènes émanant de son Etre. Ces mêmes phénomènes viennent se substituer à ses anciennes représentations mentales pour la plupart nocives et qui émanent de son environnement davantage que de son for intérieur. La Conscience Sophronique permet donc l'harmonie et place le sujet au centre de son existence avec un regard, une vision détachée de la réalité (ce qui renvoie là encore au bouddhisme) ; le sujet est en accord avec lui-même.

Ainsi que 4 Niveaux quantitatifs de Conscience :

- la Veille,
- le niveau Sophro-liminal,
- le sommeil,
- et le coma.

Ces 4 niveaux de Conscience sont des variations quantitatives de notre vigilance qui oscille toujours entre la veille et le sommeil (le coma étant un cas à part). Les niveaux de Conscience sont indépendants des Etats de Conscience. Dans notre vie de tous les jours, nous sommes donc la plupart du temps en état de Veille, de l'hypervigilance à la vigilance habituelle, nous servant à réaliser nos actes quotidiens ; puis, nous tombons dans le niveau Sophro-Liminal (transition courte si non travaillée) qui permet de relâcher la vigilance jusqu'à tomber dans le Sommeil. Le niveau Sophro-Liminal fait donc la transition entre la Veille et le Sommeil.

Il est donc possible de modifier nos Etats de Conscience via la Sophrologie afin d'atteindre le niveau Sophro-Liminal mais, ces niveaux de Conscience peuvent également être modifiés chimiquement aussi bien dans le sens d'une diminution de la vigilance et dans le sens d'une hypervigilance.

1.4.1.2. Le niveau sophro-liminal :

Le niveau Sophro-liminal se situe au bord du sommeil mais, la capacité de communication persiste et la vigilance n'est pas rompue : nous restons donc à l'état vigil. C'est la « Sophronisation » qui permet d'atteindre ce niveau et de le contrôler. Une fois ce niveau Sophro-Liminal atteint, les techniques de Sophrologie pourront être mises en application : c'est donc un préalable indispensable à la bonne suite de la séance : il permet l'accès à des capacités non-accessibles lors du niveau normal de vigilance : renforcement de la mémoire (capacités Sophro-mnésiques), mobilisation de l'imaginaire (plasticité imaginative), accroissement de la perception sensorielle corporelle, environnementale et des capacités et valeurs de l'être humain (Sophro-Labilité Senso-Perceptive) : il permet d'accéder à cet Etat de « conscience sophronique ».

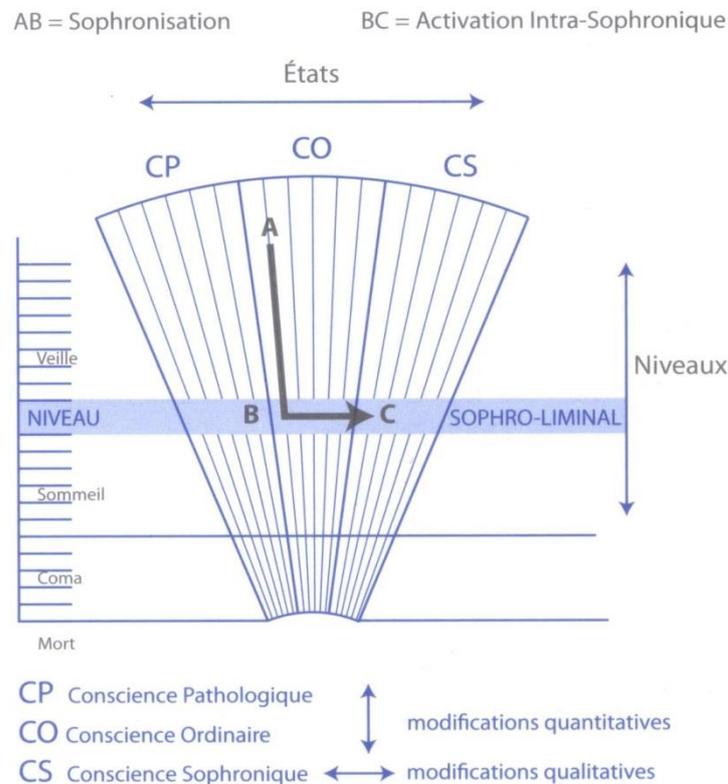


Fig.9. : les états et niveaux de Conscience et l'accès au niveau Sophro-liminal [14]

La Sophronisation agit dans l'état de Conscience Ordinaire et sert à faire passer du niveau de Veille au niveau Sophro-liminal. Une fois ce niveau Sophro-Liminal atteint, place à l'Activation Intra-Sophronique (exercices et techniques de Sophrologie) qui permet d'évoluer de l'Etat de Conscience Ordinaire vers celui de Conscience Sophronique (accessible avec de l'entraînement).

Au fur et à mesure de la pratique de la sophrologie, le pratiquant passe du niveau Sophro-Liminal à un autre niveau de conscience : celui de la Conscience ISOCAY (à partir du stade 5 de la Relaxation Dynamique), qui se situe entre la Veille et le niveau Sophro-liminal et qui permet d'utiliser les nouvelles capacités travaillées au quotidien dans un Etat de quasi-Veille : la conscience ISOCAY s'ancre progressivement dans notre niveau habituel de vigilance.

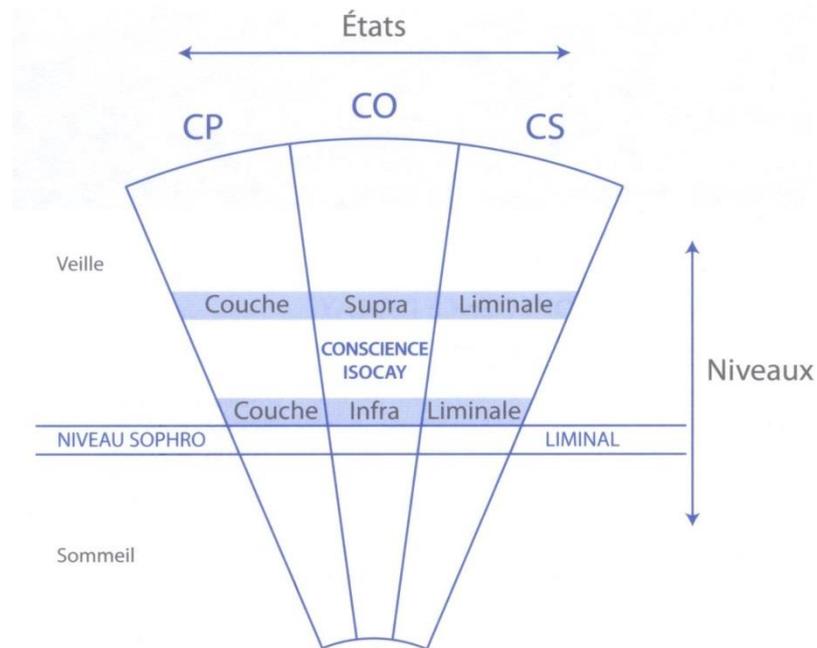


Fig.10. : la conscience ISOCAY et ses limites [15]

La Conscience ISOCAY se situe donc entre la Veille et le Niveau Sophro-liminal et est délimitée par deux sous-couches dans laquelle le pratiquant régulier et expérimenté évitera de tomber : la couche supra-liminale qui active et stimule la conscience et la couche infra-liminale qui inhibe et altère la conscience. Il faut donc être entre les deux, se situer dans la Conscience ISOCAY, qui intègre et équilibre la Conscience : le sujet est pleinement éveillé, libre et alerte tout en ayant un sentiment de profonde intégration vitale.

Toute la subtilité de cette Conscience ISOCAY est d'être à la fois dans un niveau de vigilance qui est faible sans pour autant tomber dans la couche infra-liminale ou le niveau Sophro-liminal, voire le sommeil. Pour ce faire, il faut utiliser la posture ISOCAY ou posture d'intégration : le sujet se tient donc assis sur une chaise, le dos droit et ne reposant pas sur le dossier afin de ne pas tomber dans le sommeil, afin de conserver un état de veille mais faible. Les mains sont posées sur les cuisses, les doigts étendus. Les jambes sont à 90° et les pieds bien ancrés dans le sol.



Fig.11. : la posture ISOCAY [16]

1.4.2. La respiration :

La respiration est un élément primordial de nombreuses techniques de relaxation car, première fonction vitale de l'Homme, elle est primordiale à notre survie. Elle permet l'apport d'oxygène aux poumons puis aux cellules. Dans la plupart des situations de notre vie, notre respiration est automatique, inconsciente et thoracique. Avec cette respiration thoracique, notre capacité respiratoire moyenne est très faible, de l'ordre d'un demi-litre ce qui conduit logiquement à de plus nombreux cycles de respiration afin de conserver un niveau d'oxygénation correct. Cette respiration est donc nerveuse et causant des tensions car, faisant peu travailler le diaphragme et sollicitant uniquement la cage thoracique.

Un nourrisson, lui, utilise une respiration abdominale où le ventre se gonfle bien et donc, la capacité respiratoire est beaucoup plus élevée. Les cycles de respiration sont plus lents et moins nombreux. C'est au fil de notre développement et de notre conditionnement à la vie moderne que nous perdons cette respiration abdominale spontanée et bénéfique pour arriver à une respiration thoracique plus adaptée malheureusement, au stress et à notre rythme de vie.

Il faut donc se déconditionner afin de retrouver cette respiration abdominale originelle et bénéfique ce qui permet de passer d'une capacité respiratoire moyenne d'un demi-litre à trois litres avec tous les bénéfices que cela engendre.

Lors des premières séances, il est indispensable de prendre conscience de sa respiration, la contrôler et adopter une respiration abdominale plus propice à la relaxation, afin d'aboutir à un niveau de conscience abaissé et à davantage de ressenti psychocorporel.

1.4.3. Les quatre Principes de Caycedo :

1.4.3.1. Le schéma corporel comme réalité vécue :

Plusieurs définitions existent pour cette notion compliquée qu'est celle du schéma corporel :

« Le schéma corporel est la représentation que chacun se fait de son corps. » [17]

« Le schéma corporel désigne le dessin du corps, la forme du corps (le schéma), les sensations du corps (les mouvements, mêmes minimes ou imperceptibles) et la représentation que le sujet a de son corps. » [18]

« Le schéma corporel est fondamentalement le sentiment existentiel que chacun a de son propre corps. » [19]

C'est donc la relation entre le corps et sa vision subjective par le sujet et le monde extérieur objectif. Il peut également, selon les sujets, y avoir un décalage entre le schéma corporel en tant que tel et l'image que le sujet se fait de son corps et qui, est conditionnée par son vécu, son Histoire, ses expériences donc, une vision subjective. C'est l'intégration dans notre Conscience du schéma corporel.

Il s'agit de prendre conscience du corps dans sa globalité : aussi bien la dimension physique de celui-ci que de ses relations avec l'esprit, la représentation propre du corps, le tout aboutissant à la Corporalité : le corps est un Tout qui est confronté au monde extérieur. Le but en sophrologie est l'acceptation de ce schéma corporel afin de prendre conscience de ses propres sensations afin d'aboutir à une concordance entre son image imaginée et son image réelle.

1.4.3.2. Le principe d'action positive :

Le principe d'action positive peut se comparer à l'effet « domino » : la chute du premier domino entraîne celle du second qui entraîne celle du troisième et ainsi de suite. Cette notion de réaction en chaîne est importante : ici, une action positive va en entraîner une autre. « Toute action positive dirigée vers la Conscience se répercute positivement sur tous les éléments psychiques » [20] donc, une sensation corporelle positive joue de façon positive sur l'esprit et inversement. Cela dynamise le positif.

La pensée positive est donc constructive car elle aura des répercussions sur toute la Corporalité telle que vue précédemment : aussi bien pour le corps en lui-même que ses relations avec l'esprit.

Nous allons donc jouer sur le principe de répétition pour déclencher une habitude de pensée positive afin de conduire à la relaxation et au bien-être du sujet.

1.4.3.3. La réalité objective :

Dans les séances de sophrologie, la réalité objective concerne le patient tout comme le sophrologue.

Pour rappel, la sophrologie va nous permettre d'aborder les choses dans leur vérité objective, au plus près de ce qu'elles sont réellement et non pas telles que nous les croyons, les imaginons ou souhaitons qu'elles soient. Elle va également nous permettre d'identifier nos véritables désirs et donc, va donner sens à nos comportements ce qui nous permettra de les modifier à notre avantage. Cela nous ramène à la phénoménologie telle que vue dans le 1.2.6. où on s'intéresse au phénomène en lui-même et non pas à la vision que nous avons de celui-ci.

Pour cela, il faut que le sophrologue perçoive et comprenne son propre état de conscience donc sa réalité objective afin de ne pas imposer sa propre vision subjective à son patient. Le but est de garantir l'objectivité, le sophrologue et le patient n'ayant pas forcément les mêmes désirs.

1.4.3.4. L'adaptabilité :

Toutes les méthodes et les techniques utilisées en sophrologie doivent être adaptables aux patients et non l'inverse. Cela implique la réflexion afin d'adapter les protocoles à chaque patient, chaque sujet.

1.4.4. L'alliance sophronique :

L'alliance sophronique n'est autre que l'alliance entre le patient et le sophrologue. Elle n'est possible que si le sophrologue est entré dans sa « réalité objective » afin de ne pas faire d'amalgame entre sa vision propre et celle de son patient (Cf 1.4.3.3.).

Cette alliance sophronique entre dans le cadre d'une alliance thérapeutique dans laquelle les objectifs doivent être fixés entre les deux parties, ainsi que les méthodes pour y parvenir. C'est donc une relation privilégiée entre le sujet et son thérapeute, qui est basée sur l'écoute, l'acceptation, l'absence de jugement, l'empathie ainsi que la congruence.

Elle est différente de la relation telle que perçue dans la psychanalyse avec les notions de transfert et de contre-transfert où le soignant a une attitude et un rapport quasi paternel avec son patient. Dans l'alliance sophronique, les deux sujets sont sur un pied d'égalité et partagent juste une expérience privilégiée avec ce concept de réalité objective. Ainsi, les notions de transfert et de contre-transfert n'y ont pas leur place.

1.4.5. Le Terpnos Logos :

Le Terpnos Logos est la base de la séance de sophrologie. Ce terme, d'origine grecque, est spécifique à la sophrologie. Il a été choisi par *A.Caycedo* afin de le différencier de la suggestion, qui elle est attachée à l'hypnose. Littéralement, « Terpnos Logos » signifie « mode de discours » : c'est la façon dont le sophrologue va s'adresser au sujet.

Le premier à avoir évoqué l'influence du discours sur un patient a été *Platon* : le thérapeute va adapter la forme de son discours (Cf 1.2.3.). Cela passe par une voix posée, une parole monotone, monocorde, lente et douce avec des termes choisis pour favoriser le passage vers le niveau sophro-liminal et le maintien dans cet état de conscience modifié. Le but est d'induire la relaxation, le relâchement et la confiance du sujet. Cela passe aussi par un tempo régulier.

Il s'oppose à la suggestion utilisée en hypnose, car il cherche l'adhésion consciente du sujet à la séance et constitue le fondement de l'alliance sophronique.

1.4.6. La vivance sophronique :

La Vivance est la façon dont une personne a vécu un phénomène et la manière dont ce vécu s'est ancré (et même encre) profondément en elle, dans sa conscience. Par exemple, si un phénomène est très positif, la Vivance sera positive et aura des répercussions positives sur la conscience de l'individu. C'est donc la rencontre du corps (donc du somatique) avec le psychique (la conscience), le tout influant sur l'Être : la Vivance transforme le sujet tel un choc émotionnel, ce n'est donc pas qu'un simple vécu.

La Vivance s'inscrit donc dans une perspective de changement, de transformation car, c'est elle qui permet le changement de l'individu au fil des séances : on parle de Vivance Sophronique. Tous les exercices de Sophrologie, du plus simple au plus évolués comprennent ce principe de Vivance.

1.4.7. Les cinq systèmes ISOCAY :

En Sophrologie Caycédienne, le somatique et le psychique sont une seule et même entité : l'Être Humain est considéré comme une unité fonctionnelle. Mais, au sein même de cette unité fonctionnelle, il est possible de distinguer cinq systèmes et un méga-système. Au total six grandes régions vivantielles du corps humain. Cette division facilite l'application des méthodes et techniques.

THÉORIE CAYCEDIIENNE DES 5 SYSTÈMES ISOCAY

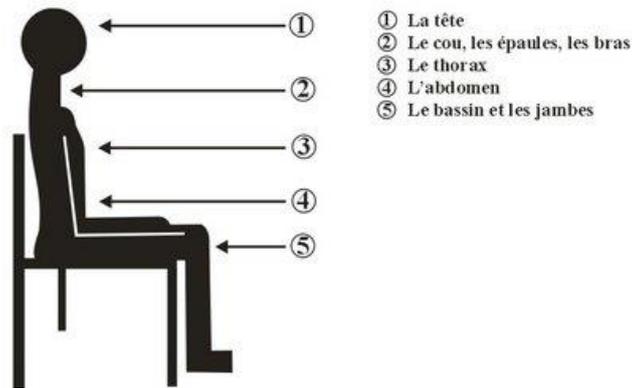


Fig.12. : Les cinq systèmes ISOCAY [21]

- le premier système ISOCAY comprend les structures anatomo-physiologiques de la tête : le cuir chevelu, tout le visage y compris la cavité buccale, les dents et la bouche donc, *l'extrémité céphalique*.

- le second système ISOCAY comprend les structures anatomo-physiologiques du cou, des épaules et de la partie externe du bras, de l'avant-bras et le dos de la main donc, *la région cervicale et la face externe des membres supérieurs*.

- le troisième système ISOCAY comprend les structures anatomo-physiologiques du thorax, de la région axillaire et de la partie interne du bras, de l'avant-bras, la paume de la main donc, *la région thoracique et la face interne des membres supérieurs*.

- le quatrième système ISOCAY comprend les structures anatomo-physiologiques de la région abdominale : la partie supérieure de la région ombilicale et la région épigastrique donc, *l'anneau ombilical*.

- le cinquième système ISOCAY comprend les structures anatomo-physiologiques de la région du bas-ventre : partie inférieure de la région ombilicale, l'hypogastre et les extrémités inférieures donc, *la région pelvienne et les membres inférieurs*.

- le Méga-Système est l'intégration de ses cinq systèmes ISOCAY.

L'intérêt d'avoir distingué ces cinq systèmes ISOCAY est de pouvoir les travailler indépendamment du moins dans un premier temps pour, par la suite, les travailler en un bloc via le Méga-Système.

Chacun de ces systèmes comprend un point d'intégration Vivantielle ou espaces d'intégration. La concentration sur le point correspondant au système voulu permet de se focaliser lors de la séance sur ce dernier, d'accélérer sa prise de conscience.

- Pour le premier système ISOCAY, le point d'intégration Vivantielle est le front.
- Pour le second système ISOCAY, il s'agit de la thyroïde.
- Le point d'intégration Vivantielle correspondant au troisième système ISOCAY est le sternum.
- Au quatrième système ISOCAY correspond le point sus-ombilical (à peu près 4 cm au-dessus du nombril).
- Pour le cinquième système ISOCAY, le point d'intégration Vivantielle est le point bas-ventre (à peu près 4 cm sous le nombril).
- Pour le Méga-Système ISOCAY, le point d'intégration Vivantielle est le nombril.

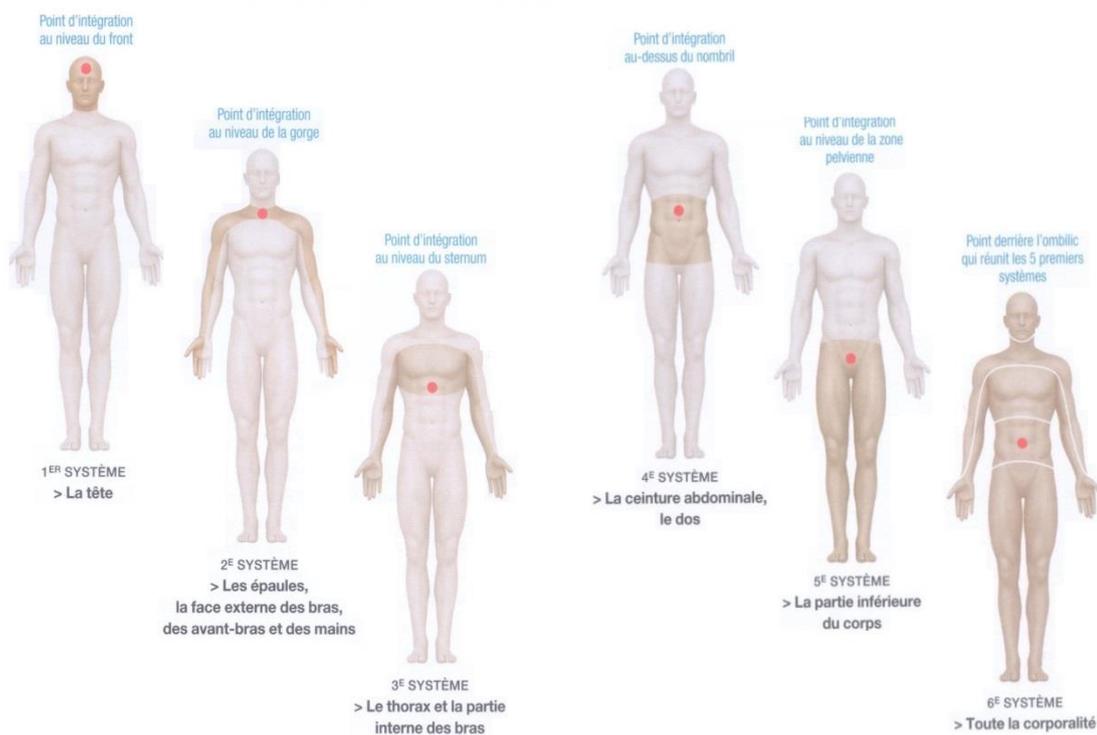


Fig.13. les systèmes et leur point d'intégration [22]

1.4.8. Le déroulement des séances en sophrologie :

1.4.8.1. La Relaxation Dynamique de Caycedo (RDC) :

La Relaxation Dynamique (RD) correspond à l'essence même de l'entraînement sophrologique. Elle est la voie vers la conscience sophronique qui aboutit à la transformation de l'être dans un sens bénéfique : davantage d'harmonie et de sérénité.

Elle comprend 3 cycles englobant chacun 4 degrés soit un total de 12 degrés de Relaxation Dynamique de Caycedo. Chaque cycle a un objectif global qui est l'accomplissement des quatre degrés qu'il comprend. A chaque degré correspond des exercices et techniques spécifiques de l'objectif recherché.

- Le Cycle 1 dit Réductif/Fondamental, qui comprend les RD 1 à 4, est le cycle de la découverte.
Il permet d'apprendre à vivre la présence du corps dans la conscience.
- Le Cycle 2 ou Radical, qui comprend les RD 5 à 8, est le cycle de la conquête.
Il permet d'apprendre à vivre la présence de l'esprit dans la conscience.
- Le Cycle 3 ou Existentiel, qui comprend les RD 9 à 12, est le cycle de la transformation.
Il aboutit à la transformation de l'être.

1 ^{er} CYCLE	CYCLE FONDAMENTAL	2 ^e CYCLE	CYCLE RADICAL
RD 1	Vivance du corps ou vivance phronique de la corporalité <ul style="list-style-type: none"> Inspirée du yoga hindou Concentrative Techniques de présentation Méditation phronique 	RD 5	La conscience Activation de la force phronique de la conscience par le son
	Conscience & vivance tissulaire de la peau et des épithéliums	RD 6	La spiritualité Découverte de l'âme phronique et de l'interaction des systèmes
RD 2	Vivance de l'esprit <ul style="list-style-type: none"> Inspirée du bouddhisme tibétain Contemplative Techniques de futurisation 	RD 7	La biologie Découverte de la dimension biologique de l'être et de ses énergies. Phylogénèse aux origines de la vie et de l'univers
	Conscience & vivance tissulaire des muscles	RD 8	La psyché Découverte vivantielle de l'esprit phronique radical, du mental et construction de la dimension epsilon de l'être
RD 3	Vivance de la rencontre du corps et de l'esprit <ul style="list-style-type: none"> Inspirée du zen japonais Réflexive Techniques de prétérisation 	5 à 8	Vivance cellulaire
	Conscience & Vivance tissulaire des os et des tissus de soutien	3 ^e CYCLE	CYCLE EXISTENTIEL
RD 4	Vivance de totalisation <ul style="list-style-type: none"> Inspirée de la phénoménologie existentielle Vivance des valeurs de l'existence Constitution de la région phronique 	RD 9	La liberté existentielle Existence, individualité, responsabilité, capacité de choix concernant sa vie
	Conscience & vivance tissulaire des organes	RD 10	Tridimensionnalité des objets Présence du temps chronologique qui vous entoure et de la spatialité au travers des objets
		RD 11	Tridimensionnalité des êtres Le propre existentiel au travers de la tridimensionnalité de l'autre
		RD 12	La nouvelle quotidienneté. Nouvelle vie caractérisée par une présence vraie, digne et authentique de soi-même, offerte chaque jour par son évolution sophrologique
		9 à 12	Vivance moléculaire

Fig.14. Les 3 cycles et 12 degrés de la RDC [23]

Il existe également avant le premier cycle une phase dite préparatoire qui comprend trois théories-clé ainsi que trois techniques-clé. Les trois théories-clé ont été vues dans le 1.4. :

- La théorie des Etats et Niveaux de Conscience.
- La théorie Caycédienne de la Conscience ISOCAY.
- La théorie des cinq systèmes ISOCAY.

Les trois techniques-clé, quant à elles, sont les suivantes :

- La Sophronisation de Base Vivantielle par Système (SBVS).
- Le Sophro-Déplacement du Négatif (SDN).
- La Sophro-Acceptation Vitale (SAV).

Ces trois techniques seront vues dans la partie 3.

1.4.8.2. Les bonnes conditions de réalisation :

Les séances doivent se dérouler dans un lieu calme et éloigné de toute nuisance aussi bien sonore que visuelle, du moins, dans un premier temps. Au fil de la pratique, le patient développe les capacités lui permettant de pratiquer quasiment n'importe où. Cela peut se faire seul ou en groupe selon les désirs et les objectifs de chacun. Quand c'est effectué en groupe, le but n'est pas thérapeutique mais évolutif, chacun évoluant à son rythme et vers un objectif propre. La pratique en groupe peut favoriser l'émergence et l'expression de la Vivance.

Les séances peuvent se faire dans différentes positions : debout les bras tombant, les pieds parallèles et les muscles décontractés (dite posture du 1^{er} degré), assis, le dos appuyé sur le dossier de la chaise et les mains sur les cuisses (dite posture du 2^{ème} degré) ou en posture ISOCAY telle que décrite au 1.4.1.2. C'est la posture de base car elle favorise la conscience sophro-liminale qui permet une meilleure intégration de toutes les techniques.

1.4.8.3. La chronologie des séances :

La séance commence par un dialogue pré-opératoire entre le thérapeute et son/ses patients où il explique le but et le déroulement de la séance : le Terpnos Logos explicatif. Suite à cela, le sujet doit atteindre le niveau sophro-liminal via une Sophronisation de Base Simple dite relaxante ou une Sophronisation de Base Vivantielle par Système. Ensuite, la réalisation des exercices est possible.

Les séances sont ponctuées de deux types de pauses : les Pauses Phroniques d'Intégration et les Pauses Phroniques de Totalisation.

Les Pauses d'Intégration sont réalisées après un des exercices de la séance. Cet exercice a activé la Vivance chez le pratiquant par la stimulation de son corps. Cette pause permet d'arrêter la stimulation du corps et catalyser la Vivance dans le but de l'inscrire chez le pratiquant : la pause d'intégration est donc un temps de mémorisation du phénomène vécu lors de l'exercice.

La Pause de Totalisation arrive en fin de séance et fait office de synthèse de tous les phénomènes vécus lors de la séance ainsi que de leur perception. Là-aussi, le but sera un ancrage mental des sensations, du ressenti de la séance.

Cette Pause de Totalisation sera suivie par « l'activation des trois Capacités » : ressentir en nous la confiance, l'harmonie (physique et mentale) et l'espoir.

La séance se termine par une Désophronisation par système et éventuellement par une Phénodescription orale ou écrite c'est à dire décrire ce qu'on a ressenti au cours de la séance (ceci est réalisé essentiellement en groupe) [24].

1.4.8.4. Les différences entre Sophronisation de Base Simple et Sophronisation de Base Vivantielle :

Chaque séance débute donc par une Sophronisation de Base permettant au sujet de lâcher-prise et de tomber dans le niveau sophro-liminal où les exercices auront tout leur impact. Mais, il existe deux types de Sophronisation de Base :

- La Sophronisation de Base Simple (SBS) ou relaxante.
- La Sophronisation de Base Vivantielle (SBV)

La SBV fait partie des trois techniques-clé vues au 1.4.8.1. contrairement à la SBS. La principale différence entre les deux est que la SBS ne permet pas d'activer la Vivance : elle n'aura pour but que la détente. Elle sera utilisée chez des sujets étrangers à toute forme de technique de relaxation ou particulièrement stressés. Elle aura pour but la découverte du corps, l'élimination des tensions musculaires et l'écoute des sensations corporelles. Elle servira donc de premier pas dans la relaxation et permettra par la suite de s'initier à la sophrologie. La SBV, elle, constitue le début de l'entraînement de sophrologie.

Les deux seront détaillées dans la partie 3.

2. Les intérêts de la sophrologie au cabinet dentaire

2.1. Le stress au cabinet dentaire :

2.1.1. Définition du stress :

Le stress est un état réactionnel de l'organisme soumis à une agression, une menace, à des contraintes ou des pressions provenant de l'environnement. Le stress dépend également de la perception qu'a le sujet de ces contraintes. Ce terme est tiré de l'anglais « stress » signifiant « effort intense » et fut introduit en 1936 par l'endocrinologue canadien *Hans Selye* [25]. Ce dernier parle également de « Syndrome Général d'Adaptation ».

Par la suite, cette définition fut étayée par *Lazarus* et *Folkman* en 1984 qui définissent le stress comme une « transaction entre l'individu et son environnement » dans laquelle la situation génératrice de stress est évaluée par le sujet comme dépassant ses capacités et pouvant mettre en danger son intégrité physique ou mentale [26].

En 1984, *Crespy* va qualifier le stress de générateur de pathologies car mobilisant l'organisme tout entier et aboutissant à une dégradation et à une usure des organes et fonctions concernées [27]. Il y a donc un rapport entre le psychique et le somatique, que l'OMS avait d'ailleurs intégré dès 1946 dans sa définition de la santé : « La santé est un état de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie. » [28].

Le stress est donc une réaction de notre organisme face à une situation que le sujet juge comme gênante, difficile à appréhender. Cette réponse de l'organisme est normale et utile à la survie car, met le sujet en alerte en déployant les réserves d'énergie nécessaire pour y faire face. Le stress est donc subjectif, car chaque personne a sa propre réaction face à une situation donnée.

Hans Selye a défini quatre stades successifs au stress :

- la phase « d'alarme » : se traduit par une augmentation du rythme cardiaque, une respiration accélérée et une mise en tension des muscles pour le plan somatique. Sur le plan psychique, la vigilance du sujet augmente tout comme le sentiment de détresse ou d'euphorie (dans le cas de l'Eustress : Cf 2.1.2.)
- la phase de « résistance » : le corps résiste à la persistance de l'agent causal du stress et s'y adapte. Les principaux s de la phase d'alarme sont dissipés.
- la phase d' « épuisement » : si l'exposition à l'agent stressant se poursuit, le corps n'a plus l'énergie nécessaire pour y faire face.
- la phase de « récupération » : aussi appelée phase de « résilience » : quand l'agent causal est éloigné ou maîtrisé. Les réserves d'énergie du sujet vont pouvoir se reconstituer [29].

2.1.2. Types et formes de stress :

2.1.2.1. Les différents types de stress :

Il existe deux types de stress :

- l'eustress : terme créé par *Hans Selye* : le préfixe « -eu » provenant du grec et signifiant « bon/bien » donc, littéralement, « bon stress ». L'eustress va motiver le sujet, le pousser à se dépasser au travers de défis, de challenges adaptés : c'est donc une énergie positive et nécessaire à notre évolution aussi bien personnelle que professionnelle en fonction de l'objectif fixé au préalable.
- le distress : terme également créé par *Hans Selye* : le préfixe « -dis » provenant là-aussi du grec et signifiant « mauvais » dans le sens de « mauvais fonctionnement ». Le distress est donc un mauvais stress, source de dysfonctionnement organique. Il apparaît dans des situations menaçantes, contraignantes ou même simplement inconnues du sujet. Le sujet se sentira dépassé par les événements, jusqu'à la phase « d'épuisement ».

Le distress se manifeste dans la pratique par un sentiment d'échec et de perte de contrôle en cas de non-réussite. Ce distress provoque également nombre de dysfonctionnements hormonaux, ce qui va perturber l'homéostasie de l'organisme et aboutir à des conséquences somatiques, psychologiques, comportementales et sur la performance.

- l'astress : notion moins connue et moins développée que les deux précédentes. Représente une absence totale de stress qui pourrait s'acquérir via la pratique régulière et assidue de la méditation.

2.1.2.2. Les différentes formes de stress :

Il existe de nombreuses formes de stress :

- le stress aigu : le plus répandu ; il résulte des pressions de la vie quotidienne et est généralement de courte durée (moins d'une heure). Le stress aigu englobe à la fois l'eustress et le distress : il peut donc selon la situation, être bénéfique ou délétère [30]. Il se manifeste par de l'irritabilité, de la colère et de la perte de motivation quand il est négatif. A l'inverse, quand le stress aigu est positif, il va accroître la motivation.

Dans les deux cas, on observe une augmentation du rythme cardiaque et une hausse de la pression artérielle.

Le stress aigu est assez facilement gérable.

- le stress aigu répété ou épisodique : étape intermédiaire entre le stress aigu et le stress chronique. Il apparaît quand un stress aigu est répété chez un sujet sensible et pousse à l'anxiété, au pessimisme et à la mauvaise humeur. La principale différence avec le stress chronique est que le stress aigu répété ne va pas s'ancrer dans le vécu : le sujet reste objectif quant à l'origine de son stress contrairement au stress chronique où, là, le sujet a perdu toute objectivité et considère son stress comme inné.
- le stress chronique : aussi appelé stress cumulatif dans certains cas : il a pour origine un traumatisme physique ou émotionnel dont le sujet n'arrive pas à faire abstraction ce qui cause de grosses perturbations de la vie quotidienne.
Il est difficile à soigner car souvent perçu par le sujet comme ayant toujours été présent et faisant parti de sa personne.
On parle de stress cumulatif quand tous les petits tracés du sujet (stress aigus) s'additionnent et provoquent un gros amont de stress se perpétuant au fil du temps et conduisant à la chronicité [31].

Ces trois formes sont les principales mais, il existe d'autres ramifications des formes de stress selon le milieu social, les conditions de travail etc. : les classifications sont multiples. Une des formes extrêmes de stress chronique professionnel et touchant les chirurgiens-dentistes est le burnout.

- le burnout : aussi appelé « syndrome d'épuisement professionnel » est le résultat d'un stress professionnel chronique : le sujet ne parvient pas à faire face aux exigences de son environnement professionnel et va développer une profonde fatigue, un sentiment d'échec et une baisse drastique de l'estime de soi. Cela aboutit dans un premier temps à un désintéressement de son activité professionnelle, ce désintéressement allant au fil du temps englober tous les aspects de la vie du sujet.
C'est donc un état de fatigue émotionnelle, mentale et physique qui va résulter d'un état de stress chronique : le stress est la cause, le burnout la conséquence.
Le terme « burnout » a été décrit en 1969 par *Harold B. Bradley*.

Au début, le burnout ne semblait toucher que les activités professionnelles impliquant un engagement relationnel important comme les professions médicales : la confrontation à la douleur ou à l'échec étant une cause déterminante.

Le terme s'est par la suite généralisé à chaque profession. A l'heure actuelle, le burnout n'est pas considéré comme une maladie professionnelle.

Il est difficile de faire la distinction entre la dépression et le burnout : tout dépendra de l'anamnèse et de l'histoire du sujet afin d'identifier les facteurs qui ont conduit à l'épuisement.

2.1.3. Les conséquences globales du stress :

Quand il est non-maîtrisé, le stress peut avoir de nombreuses conséquences sur tout l'organisme :

- sur le système cardiovasculaire : élévation de la fréquence cardiaque, hypertension artérielle ainsi qu'une plus grande sensibilité face aux maladies coronaires [32].
- sur le système respiratoire : il entraîne l'élévation de la fréquence respiratoire et l'augmentation de la sensibilité du sujet face à certains virus affectant le système respiratoire (par exemple concernant le rhume) [33].
- Le stress exacerbe les maladies du système immunitaire [34]. En effet, le cortisol produit en réponse au stress peut rendre le corps plus susceptible à toute sorte d'agents infectieux [35]. Des études montrent également une influence du stress sur le VIH : les personnes stressées affectées par ce virus ont une progression plus rapide du SIDA, comparée à d'autres sujets non stressés [36].
- sur le système digestif : le stress peut contribuer à l'apparition d'ulcères gastriques et compliquer leur traitement.
- sur les muscles : le stress peut provoquer la contraction des muscles.
- sur l'inflammation des tissus : le stress entraîne une surproduction de cytokines pro-inflammatoires et augmente également le dommage oxydatif : des radicaux libres qui provoqueront la mort cellulaire et un vieillissement accéléré [37].

- sur la fertilité : parfois, le stress peut causer des problèmes d'aménorrhée ainsi que d'infertilité masculine.
- sur le psychisme : sensation de fatigue, sommeil non-réparateur, trouble de la mémoire à court terme, modification de l'appétit et du poids, réactions exagérées face à des problèmes mineurs etc [38].

En plus de tout cela, de nombreuses publications mettent en avant l'impact du stress dans les douleurs chroniques. En effet, la douleur a une composante psychique importante parfois à un point tel que chez certains patients, malgré la disparition du stimulus physique provoquant cette douleur, celle-ci demeure présente de par son impact psychique.

La prise en charge du stress de nos patients aboutit donc à une meilleure prise en charge de la douleur, les deux étant intimement liés.

2.1.4. Le stress du patient :

Le stress du patient est une composante bien connue des soins dentaires et peut résulter de diverses causes.

2.1.4.1. La symbolique de la bouche :

La bouche est le seul orifice de la face à être unique. Elle contient la langue et les dents et a une importance capitale de par les différentes fonctions qu'elle assure : la respiration, la parole, l'alimentation, le rire...

Cette symbolique forte est présente dès la naissance de l'individu : le premier souffle de vie passe par la bouche. De même que l'alimentation est source des premières sensations.

Par la suite, la communication passe également par la bouche : dans un premier temps par les mimiques que le bébé adresse et bien entendu, par la parole au fil du développement. C'est donc un lieu de relation à soi-même et aux autres : pour preuve l'importance de la denture dans les relations sociales et le développement des techniques esthétiques. De belles dents apparaissent comme un symbole de jeunesse, de respect, d'entretien de soi-même et comme une vision de notre psyché [39]. Ouvrir la bouche et se laisser soigner peut donc être perçu comme une violation de l'intimité, de l'espace personnel.

La bouche permet la mise en place de l'oralité avec la succion du pouce (qui est d'ailleurs observée chez le fœtus) et l'allaitement. Par la suite, la bouche prend une distinction sexuelle dès l'adolescence et servira également à la séduction.

La bouche est également un symbole d'agressivité, de violence, d'intimidation : de « montrer les dents » jusqu'à l'acte de morsure. De nombreuses autres expressions françaises rajoutent à cette symbolique : « avoir une dent contre quelqu'un », « être armé jusqu'aux dents »...

2.1.4.2. Une relation patient / praticien inégalitaire :

Entre le soignant et le soigné, la relation est dite synallagmatique, car les deux parties ont leurs droits mais aussi leurs devoirs. Mais, elle a évolué au fil du temps et avec l'avancée des travaux de sciences humaines : nous sommes passés d'une relation de type « paternaliste », où le soignant avait toute autorité sur le soigné à une relation équilibrée, où le soignant explique le processus de soins au soigné et où ce dernier a le choix : la notion de « consentement éclairé » dans ce qu'on appelle « l'alliance thérapeutique » [40].

Mais, la réalisation des soins dentaires comporte toujours des aspects rendant cette relation inégalitaire pour le patient. Lors de la réalisation des soins, le patient est assis voire allongé, toujours surplombé par le praticien ayant alors une position dominante sur son patient. A cela s'ajoute le fait que le patient n'est pas au fait des techniques et des procédures de soins dentaires : il doit donc faire entièrement confiance à son praticien, ce qui n'est pas forcément évident au vu de l'imaginaire collectif.

2.1.4.3. L'imaginaire collectif et la mauvaise réputation :

L'imaginaire collectif regroupe toutes les croyances populaires depuis plusieurs siècles. C'est pour cela qu'à l'heure actuelle, et ce malgré les progrès des méthodes d'analgésie, qui dit « dentiste » dit « moment désagréable » voire « douleurs », pour la plupart des patients. En effet, les douleurs dentaires sont particulièrement intenses et laissent un mauvais souvenir, une angoisse aux patients en ayant été victime. Au début de la dentisterie, avec très peu de techniques de contrôle de la douleur, les soins étaient souvent tout aussi douloureux voire davantage que la douleur dentaire en elle-même. Cela a mené à cette vision du dentiste sadique, « l'arracheur de dents ».

A cela s'ajoute la mauvaise réputation de la profession surtout dans les médias. On ne compte plus le nombre d'articles, de reportages dépeignant les chirurgiens-dentistes comme des profiteurs abusant de leurs patients dans un but pécunier et au détriment de toute morale. D'ailleurs, le gouvernement français fait également le jeu des médias via la récente proposition de loi proposant de rapporter sur les devis présentés aux patients le coût de chaque étape prothétique dont le coût d'achat de la prothèse au prothésiste.

Dans le contexte français actuel où payer pour se soigner est considéré comme anormal et inconcevable, nos devis sont perçus comme du profit sur le malheur des autres. Cela a pour vicieuse conséquence de déresponsabiliser la plupart des patients français pour qui « la santé est un droit » et devrait être gratuite en plus de les placer en opposition face à l'ensemble du corps médical apparaissant alors comme la cause de tous leurs maux.

Les soins dentaires étant considérés comme chers, uniquement accessibles aux gens riches, les familles les plus modestes ont fait de leur mauvais état dentaire une fatalité se transmettant de génération en génération et ce, malgré de nombreuses actions de prévention qui, paradoxalement, profitent à ceux en ayant le moins besoin.

2.1.4.4. Les expériences antérieures :

Les expériences antérieures sont intimement liées aux croyances collectives et à la mauvaise réputation, car ce sont elles qui forgent l'imaginaire collectif. En effet, une mauvaise expérience passée chez un dentiste va mener le patient à un évitement des soins dentaires ce qui aboutit inéluctablement à des douleurs et à des urgences dentaires. Ces situations, en plus d'être stressantes pour le patient, le sont aussi pour le praticien qui doit en plus de son acte technique, jongler avec la douleur du patient, la charge émotionnelle provoquée par cette mauvaise expérience et parfois, son animosité. Ceci n'incitant pas le patient à la poursuite des soins d'urgence pour certains. Ainsi, ces patients vont tomber dans un cercle vicieux de douleurs et de mauvaises expériences.

Suite à cela, il y a plus ou moins consciemment une transmission de ces mauvaises expériences aux jeunes générations via le principe des « expériences rapportées », ce qui explique pourquoi certains enfants sont terrorisés avant même d'être allés pour la première fois chez le dentiste. Face à cette problématique, la consultation du tout-petit (entre 1 et 2 ans) apparaît comme une solution, ne serait-ce que pour l'habituer au cabinet dentaire, son ambiance et au praticien.

2.1.4.5. La peur de la contamination / intoxication :

Cette peur n'est pas exclusive à la chirurgie dentaire et concerne l'ensemble des professions médicales avec la crainte des maladies nosocomiales (maladies dues aux soins). Bien que les avancées en matière de décontamination et de stérilisation aient permis de limiter les risques de contamination croisée, de récents scandales à travers le monde ont ré-étayé le doute et la peur d'une contamination survenant au cours d'un soin. Une transparence sur la décontamination et la stérilisation est donc conseillée afin de rassurer le patient et conserver ainsi sa confiance.

A cela s'ajoute également la polémique sur la toxicité des amalgames dentaires qui contiennent du mercure. Le patient n'a pas accès à des informations objectives sur ce sujet car, influencé par les médias qui ne donnent qu'une vision partielle de la réalité : les inconvénients sont souvent exposés mais pas les avantages et les points négatifs des autres matériaux de reconstitution ne sont jamais évoqués. Ceci est néfaste pour le patient car ce dernier ne pourra pas décider de son traitement en toute connaissance de cause.

Cette peur est renforcée, dans certains cas, par un manque de transparence au niveau de la traçabilité. Le principal exemple est l'augmentation des praticiens faisant faire leurs travaux de prothèses par des laboratoires situés à l'étranger pour diminuer les coûts. En effet, les normes françaises et plus largement, européennes, sont précises et strictes, mais en dehors de cette zone les laboratoires ne prennent pas toujours la peine de les respecter. Ainsi, le patient peut se poser des questions sur l'origine et les composants de sa prothèse en particulier concernant les métaux qui la composent, et leur éventuelle nocivité pour la santé.

2.1.4.6. La peur de la douleur :

La peur de la douleur est présente pour la plupart des professions de santé. Il faut différencier la simple anxiété, l'appréhension, de la véritable phobie dentaire, dont les mécanismes sont beaucoup plus compliqués à supprimer car, ancrés plus profondément dans l'inconscient du patient.

L'anxiété et la douleur forment un cercle vicieux car s'entretiennent indéfiniment : le patient a peur d'avoir mal et son anxiété va majorer la douleur lors des soins. Suite à cela, la douleur augmentera l'anxiété vis-à-vis des soins dentaires suivants. Cela rejoint la cinématique de l'urgence dentaire telle que détaillée au 2.1.3.4. Ce mécanisme explique également la peur des douleurs post-opératoires.

2.1.5. Le stress du personnel soignant (praticien et assistante) :

2.1.5.1. Les exigences de la profession :

Le métier de chirurgien-dentiste est très exigeant car, de nombreuses responsabilités pèsent sur les épaules du praticien tant sur le plan physique et psychologique que social.

Tout d'abord, le principal aspect est social car, comme toutes les professions de santé, la chirurgie dentaire est basée sur les contacts humains et les relations interpersonnelles. Le praticien doit assumer la santé de son patient et la responsabilité de le soigner de la meilleure façon. Il doit parfois faire face à des demandes avec lesquelles il n'est pas d'accord car irréalisables ou tout simplement mauvaises pour le patient. Il doit donc trouver les mots justes pour dissuader son patient et imposer sa vision des choses ce qui parfois, peut conduire à des tensions entre les deux parties. Ce problème est également vrai pour les assistantes-dentaires

parfois confrontées à des patients désagréables voire agressifs. De plus, bien que nous n'ayons qu'une obligation de moyens, les patients attendent un résultat à la hauteur de leurs attentes parfois déraisonnables et refusent l'échec thérapeutique ce qui explique en partie l'augmentation du nombre d'assignation en justice de praticiens. Cette pression a pour conséquence l'augmentation des pressions psychologiques sur le praticien.

L'aspect psychologique est donc également à prendre en compte car face à la détresse de certains patients, le praticien doit faire preuve d'empathie. Mais, ce rôle de « confident » peut rapidement se transformer en celui d'« éponge émotionnelle » où à force, le praticien ne peut plus faire preuve d'empathie afin de se protéger ou dans le pire des cas, craquera psychologiquement.

Le physique du chirurgien-dentiste est également soumis à rude épreuve par les positions de travail contraignantes et prolongées. Ces dernières peuvent aboutir à des troubles musculo-squelettiques, ainsi que des troubles circulatoires des membres inférieurs par exemple. On note également un grand nombre de pathologies vertébrales [41]. A cela s'ajoute une sollicitation des sens importante : aussi bien l'ouïe car nos instruments dépassent le seuil sonore de nuisance fixé par le Ministère de la Santé que notre vision qui est focalisée sur la cavité buccale et sur une dent ou partie de la dent [42]. A cela s'ajoute l'attention et la minutie dont le praticien se doit de faire preuve avec chacun de ses patients. Le tout aboutit en fin de journée à une fatigue physique et psychologique non-négligeable surtout quand la charge de travail est importante et devient même une surcharge aussi bien qualitative que quantitative.

Les pressions financières et administratives sont également des facteurs de grands stress. Afin de répondre aux normes de plus en plus contraignantes, et dans le but de dispenser des soins de qualité répondant aux données acquises de la science, les praticiens s'endettent de plus en plus. Dans de nombreux cas, cela aboutit malheureusement au burnout, le praticien ne pouvant plus faire face.

2.1.5.2. L'impact du stress du patient sur le praticien :

Comme vu dans le 2.1.3.4. ; le patient qui vient pour une urgence réelle car il a négligé son état bucco-dentaire à cause de son anxiété a mal, ce qui augmente son appréhension vis-à-vis du soin et au final, ceci potentialise la douleur.

De son côté, le praticien a en général une journée déjà chargée voire surchargée et accepte malgré tout de recevoir le patient en urgence. Cela augmente donc sa fatigue physique et psychologique. De plus, il doit faire face à la détresse de son patient voire à une certaine colère, à une animosité qui peut être dirigée contre lui si le patient estime, à tort ou à raison, que le praticien est la cause de son mal. Au final, cette urgence va grandement jouer sur le stress du praticien à cause de la contrainte de temps, du comportement du patient et de la difficulté de l'intervention.

2.2. Le lien entre douleur et stress :

2.2.1. Définition de la douleur :

La douleur est définie comme une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes » selon l'IASP (International Association for the Study of Pain) [43]. La prise en compte de la composante émotionnelle de la douleur est intéressante, l'inscrivant ainsi dans la mémoire et l'inconscient du sujet. L'idée de « lésion potentielle ou décrite dans ces termes » induit la reconnaissance de la douleur psychogène (uniquement causée par des facteurs psychologiques, émotionnels et comportementaux) [44]. Ce n'est pas parce qu'il n'y a pas de lésion visible ou décelée qu'il n'y a forcément pas de douleurs.

Face à ces douleurs psychogènes, il existerait une relation d'auto-alimentation entre le stress et la douleur : le stress pourrait-il causer une douleur, qui entretiendrait ce stress et ce, avant même qu'une douleur de cause somatique n'apparaisse? Ce qui expliquerait pourquoi le stress renforcerait la douleur lors des soins dentaires.

Il existe différents types de douleurs et différentes classifications. La plus courante est la distinction entre la douleur aiguë qui, est de courte durée et est due à une cause précise connue ou non (il suffit donc de traiter la cause pour supprimer la douleur) et la douleur chronique qui, dure depuis au moins trois mois et ce, malgré un traitement antidouleurs et qui persiste malgré la disparition de sa cause. La douleur chronique a également un poids psychique et un impact émotionnel particulier pouvant conduire parfois à une dépression [45]. Actuellement, et suite aux progrès de la neurophysiologie, les douleurs sont classées en trois catégories distinctes :

- les douleurs par excès de nociception / douleurs nociceptives : qui résultent de lésions des tissus périphériques provoquant un excès d'influx douloureux transmis par un système nerveux intact. Ce sont les douleurs par excès de nociception qui engendrent soit des douleurs aiguës soit des douleurs chroniques.
- les douleurs neurogènes : dues à des lésions du système nerveux périphérique ou central. Elles peuvent être spontanées, fulgurantes ou paroxystiques et même émaner d'un stimulus non-douloureux ou d'un stimulus peu douloureux qui sera perçu de façon exagérée. Ces douleurs sont souvent accompagnées d'une anxiété et d'un fond dépressif.
- les douleurs psychogènes : elles regroupent toutes les autres douleurs ne pouvant être classées comme nociceptives ou neurogènes. Ce sont des douleurs sans lésion apparente. Il y aurait intervention de phénomènes psychiques amplifiant la sensation douloureuse [46].

- les douleurs cancéreuses : elles ne font pas vraiment parties de cette classification mais sont souvent évoquées à part car, regroupent les douleurs des trois catégories ci-dessus.

Il existe également différentes méthodes d'évaluation de la douleur via des échelles verbales, des échelles numériques qui reposent sur l'auto-évaluation de la douleur par le patient. Mais, la méthode la plus utilisée et à privilégier est l'E.V.A. ou Echelle Visuelle Analogique qui est une réglette où le patient déplace un curseur sur une échelle de douleur stylisée. Le praticien n'a qu'à s'intéresser à l'autre côté de la réglette où il pourra lire le résultat sur une échelle numérique. L'avantage de cette méthode est qu'elle peut également être utilisée chez les enfants ou chez les patients atteints d'handicap mental.

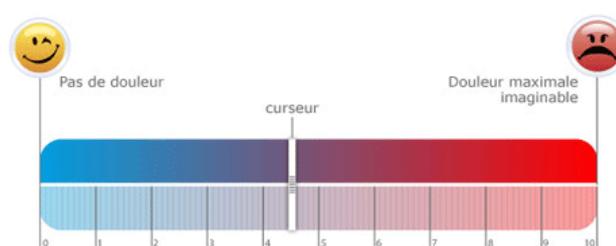


Fig 15. Une échelle visuelle analogique (EVA) [47]

2.2.2. Mécanismes physiologiques de la douleur :

Dans le cas d'une douleur aiguë qui a pour cause une lésion des tissus périphériques, cette lésion stimule les terminaisons nerveuses cutanées qui transmettent cette excitation à des récepteurs particuliers : les nocicepteurs. Ces derniers envoient l'information douloureuse vers le cerveau via les fibres nerveuses périphériques jusqu'à la moelle épinière. Il existe différents types de fibres de transmission périphériques de diamètres différents et donc, transmettant l'information à des vitesses différentes selon le type de message.

Au niveau de la corne postérieure de la moelle épinière, l'information douloureuse passe par des systèmes de régulation appelés « Gate Control » [48] mettant en jeu la substance p (pour « pain » : douleur en anglais) et le glutamate qui conduisent le message douloureux au cerveau. Cette « porte » peut ainsi moduler le débit du message douloureux, soit en l'augmentant, soit en le réduisant, soit en l'interrompant dans certains cas (comme, par exemple, quand une réponse au stimulus douloureux est apporté : en mettant de l'eau froide sur une brûlure par exemple). Cette régulation se fait à l'aide de substances que le corps sécrète : les endorphines ou le GABA qui permettent de « refermer la porte » et donc d'inhiber la douleur. Cette théorie du « Gate Control » permet également la prise en charge thérapeutique de la douleur suite à la compréhension de ses mécanismes de régulation.

L'information douloureuse continue alors son chemin de la moelle épinière jusqu'au cerveau : au niveau du thalamus dans un premier temps qui scinde le message en deux pour l'envoyer au cortex pariétal où le message est interprété comme « douleur » : localisation de cette douleur, nature de cette douleur etc. Cette interprétation allant, bien entendu, enclencher des réactions motrices afin de stopper cette sensation douloureuse : par exemple, retirer sa main d'une plaque de cuisson chaude. La seconde partie du message est envoyée vers le cortex frontal qui est impliqué dans les aspects émotionnels de la douleur qui influencent donc les comportements vis-à-vis de celle-ci.

2.2.3. Relation stress / douleur :

Turk a proposé un modèle expliquant les relations entre stress et douleur : le « diathesis-stress model » qui est un modèle cognitif permettant d'expliquer pourquoi certaines personnes sont prédisposées à développer des douleurs chroniques suite à une blessure [49]. Cela résiderait dans une prédisposition (« diathesis ») qu'il nomme « anxiety sensitivity » soit la « sensibilité à la peur ». Cette sensibilité à la peur est « la peur des symptômes de l'anxiété dans la vision où ceux-ci pourrait avoir des conséquences nocives ». Cela entraînerait donc des modifications de l'évaluation de la douleur avec une dramatisation/ un catastrophisme aboutissant à un évitement de la cause de la douleur (qui peut être une situation ou même un simple mouvement) et aboutissant à une « invalidité ». Le tout favorisant la chronicité de la douleur.

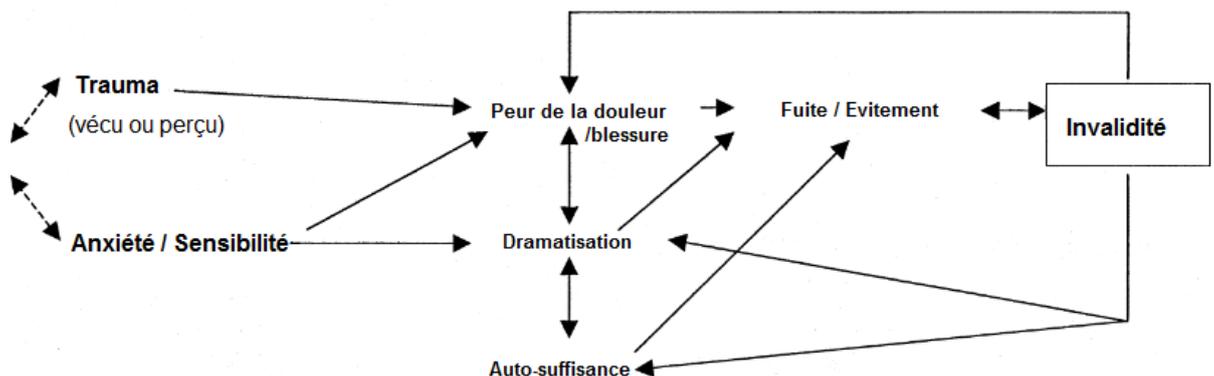


Fig 16. Schéma explicatif du « diathesis-stress model » de Turk [50]

Appliquons cette trame schématique à un cas de douleur dentaire :

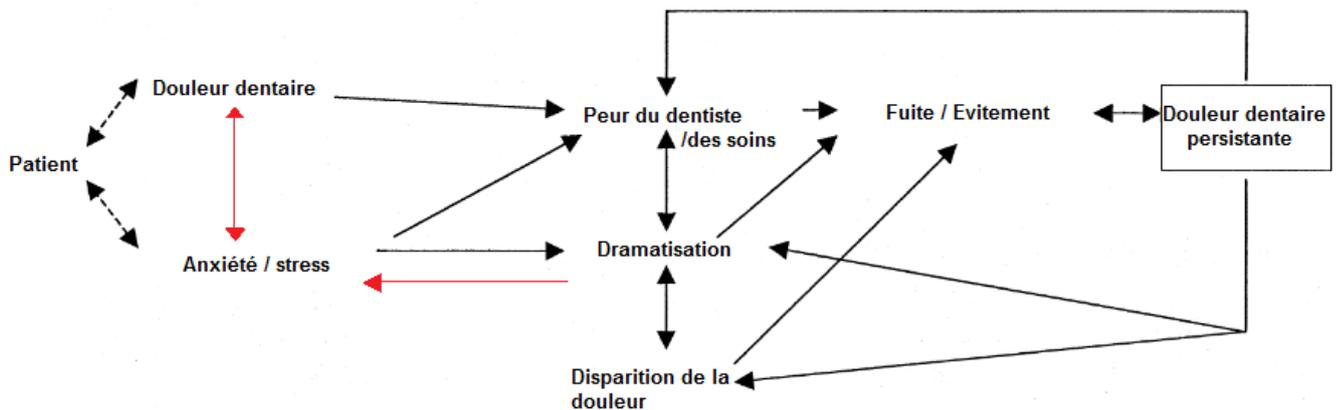


Fig 17. Adaptation personnelle du modèle « diathesis-stress » de Turk à un cas de douleur dentaire

Le patient a une douleur dentaire (une pulpite par exemple) mais, cette douleur aboutit à la peur d'avoir encore plus mal lors des soins donc à la peur du dentiste. Le patient ne consulte pas son praticien et se retrouve avec une douleur dentaire persistante renforçant déjà à ce niveau sa peur des soins.

A ce stade, deux choix :

- la douleur dentaire persistante renforce la peur des soins via un processus de dramatisation qui affecte psychologiquement le patient et renforce sa peur du dentiste.
- la douleur disparaît soit spontanément (cas très fréquent de la pulpite irréversible, très douloureuse un certain temps et, qui au bout de quelques jours / semaines ne fait plus mal car le nerf est nécrosé) soit sur prescription médicale de son médecin généraliste. A ce stade, il y a donc un évitement des soins tant que les douleurs ne réapparaîtront pas. Mais, quand la nécrose aura déclenché une lésion osseuse péri-apicale et que la douleur se re-manifestera, la patient passera à une phase de dramatisation là-aussi, d'accablement, le tout renforçant son anxiété / son stress et son évitement des soins.

Il nous serait également possible d'extrapoler ce modèle dans des cas où, aucun traumatisme n'a été vécu ou perçu mais, simplement rapporté. Dans ce cas, le patient ne partirait pas d'une douleur dentaire mais d'un stress communiqué par un tiers aboutissant à une peur du dentiste (en particulier chez l'enfant).

2.3. Les différents intérêts de la sophrologie pour la pratique de l'art dentaire :

2.3.1. La communication et le rapport au patient :

La relation patient-praticien, bien qu'inégalitaire à la base mais ayant tendance à se rééquilibrer (comme vu au 2.1.3.2.), est basée sur la confiance que le patient accorde à son praticien : le premier confiant sa santé à ce dernier mais, également sur la réciproque : le praticien attend de son patient que celui-ci lui communique toutes les informations nécessaires afin de pouvoir mettre en place une prise en charge adaptée. C'est cette confiance qui permettra à la relation de durer sur le long terme. Pour preuve, l'exemple des « médecins de famille » en campagne, qui souvent, connaissent beaucoup plus sur leurs patients que leur simple état de santé.

La sophrologie permet de développer chez le soignant une vision globale du malade. Cela signifie qu'on ne soigne pas des symptômes mais, un patient porteur de ces symptômes : on voit le patient tel qu'il est : un être global ayant une composante physique et une composante psychologique et affective ; les deux étant intimement liées pour former le Soi. On veut donc développer une vision plus humaine du soin qui s'oppose à la version « mécanisée » où le corps malade est considéré comme une mécanique qui s'est enraillée et qu'il faut réparer indépendamment de l'esprit. Pour cela, la vision de la globalité du patient est très importante. Cette relation, basée sur la compréhension de tous les aspects de l'autre est appelée la rencontre sophrologique.

En consultation, les patients se font représenter par leurs symptômes mais, le praticien doit aller au-delà de cette simple vision pour prendre en compte l'être dans son ensemble, dans sa globalité afin d'aboutir à une relation davantage humaine que technique. Il faudra donc s'intéresser au récit du patient mais également aux signes donnés par son corps, par son attitude (body language) car, « le corps dit tout haut ce que l'Être vit tout bas » [51].

« Le symptôme est l'occasion d'un intérêt pour soi. Le patient va être lui-même amené à se considérer en tant que personne malade sans se séparer de sa maladie pour la voir à distance comme ne faisant pas partie de lui » [52]. De plus, même quand le patient est guéri, il garde en mémoire cet épisode désagréable voire douloureux. Finalement la maladie qui faisait partie de lui quand il était malade est toujours présente en lui une fois guéri mais, sous une forme différente.

Les médicaments ne font pas tout, car ils ne permettent pas la prise en compte de la charge émotionnelle de la maladie, de son impact psychologique sur le patient. Cela permet donc d'opposer la souffrance physique de la souffrance « humaine », qui elle est globale, car elle prend en compte tous les aspects de l'individu. De plus, le risque de la simple prescription médicamenteuse est que le patient ne s'implique pas dans ce qui lui arrive mais, qu'il s'en remette au produit, tel un messie, sans que lui n'ait rien à faire.

Le but n'est évidemment pas de pousser le patient à pratiquer la sophrologie de façon régulière et assidue dans sa vie privée mais, à prendre conscience de soi, de son corps, chose qui peut se mettre en place dès les premiers stades du Cycle Fondamental (vu au 1.4.8.1.). Cette prise de conscience passe également par les phases de phénodescription, se réalisant en fin de séances, où le patient va s'intéresser à son ressenti, mettre des mots sur ce qu'il ressent. Savoir nommer ce ressenti, ses sensations, va grandement aider à la découverte et à la compréhension de soi-même. «Mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du Monde » (Albert Camus) ; le fait de mettre les mots justes sur ce que ressent le patient contribuera donc à sa compréhension et à son acceptation.

Le but pour le praticien est donc de combiner son approche scientifique et formelle à cette approche plus humaniste, basée sur la compréhension et sur l'empathie. Pour ce faire, il faut considérer le symptôme comme l'expression particulière d'un mal-être général, comme une adaptation du corps à une situation spécifique de la vie du patient. Permettre au patient de quitter sa conscience pathologique, pour retourner dans la conscience ordinaire ou, s'il le souhaite, lui donner les clés, les pistes pour s'exercer afin d'acquérir la Conscience Sophronique, objectif fondamental de la Sophrologie (comme exposé au 1.4.1.1.).

2.3.2. Le traitement de la crainte :

Une bonne relation praticien / patient permet déjà de limiter la peur du soin (Cf 2.3.1.)

Les mécanismes neurophysiologiques et les manifestations mentales et corporelles sont les mêmes pour le stress et pour les émotions ; la Sophrologie Caycédienne va permettre de mobiliser le positif de l'Être. Le but est d'utiliser des émotions positives afin de « saturer » en émotions positives ces mécanismes neurophysiologiques. Cela a pour but de diminuer voir de supprimer totalement le stress.

« Plutôt que d'essayer d'intervenir sur le milieu extérieur sur lequel nous n'avons généralement que peu d'emprise, la méthode se base sur des techniques de développement et de renforcement de la personnalité » [53]. Cela repose sur des techniques d'auto-suggestion (anciennement auto-hypnose). De plus, il existe un protocole contre la phobie en sophrologie Caycédienne qui, certes, ne permet pas de guérir de cette phobie mais, qui a pour objectif de permettre aux phobiques de vivre avec, de neutraliser la gêne occasionnée. Ce protocole utilise des techniques de représentation et visualisation mentale où le patient doit s'imaginer dans la situation phobique et aboutit à une conclusion positive. La sophro-correction sérielle est ensuite employée (Cf 3.3.2.).

Finalement, toutes ces techniques ne reposent que sur une seule chose mais, très importante, la visualisation positive.

2.3.3. Le traitement de la douleur :

La sophrologie repose sur une approche particulière de la douleur. Comme vu précédemment, la douleur est une expérience sensorielle, affective et cognitive, mais également une expérience individuelle, subjective et intransmissible. C'est aussi un moyen de lutte pour le corps : une mise en alerte signifiant un danger somatique éventuel. D'un point de vue social, le patient est représenté par son symptôme douloureux, qui est pour lui un moyen de communication avec le praticien, mais également avec son entourage : cela prouve encore une fois les liens importants entre douleur et relations affectives.

De nombreuses techniques sophrologiques sont utilisables mais, le principe n'est pas de tenter d'éliminer la douleur car, une trop forte attention sur cette dernière ne ferait que l'amplifier. Il faut travailler sur la façon dont le sujet vit la douleur. Précisons bien que l'intensité de la douleur n'influence pas sur la réussite ou sur l'échec potentiel de la méthode. Tout repose sur la réceptivité du sujet.

2.3.3.1. En pré-opératoire :

Tout commence par un interrogatoire approfondi qui permet de savoir quelle méthode employer et de tester la réceptivité du sujet.

Il faut en pré-opératoire, initier le patient à la sophronisation de base : elle lui permet de prendre conscience de son corps, ainsi que de la dimension anxieuse et psychologique de sa douleur, afin de mieux comprendre celle-ci. Cet apprentissage peut se faire en quelques séances et lui permet de maîtriser ses sensations et certaines de ses réactions. Au fil des séances, on peut rajouter davantage de suggestions, afin de travailler de façon plus poussée. Cette méthode de visualisation est appelée la sophro-acceptation progressive et sera détaillée dans le 3.3.1.

Afin de préparer le patient à l'opération, il est également possible de travailler sur la visualisation en lui faisant visualiser les heures qui précèdent l'intervention : la préparation, le contact avec l'équipe soignante et le lieu de l'opération. Ceci est plus efficace si le patient a la possibilité d'avoir accès au lieu où se déroule le soin, ainsi qu'à une explication du protocole.

Le but ici est de lever la peur de l'inconnu, car « seul l'inconnu épouvante les Hommes. Mais, pour quiconque l'affronte, il n'est déjà plus inconnu » (Antoine de Saint-Exupéry).

Il est possible d'employer des techniques autres que la sophro-acceptation progressive telle que la sophro-correction, la sophro-mnésie, la sophro-substitution ou même les RDC 1 et 2. Ces techniques seront détaillées précisément dans la troisième partie.

2.3.3.2. En per-opérateur :

La sophrologie peut servir de trois façons au traitement de la douleur et plus précisément au niveau de l'anesthésie :

- en complément de l'anesthésie générale.
- en support de l'anesthésie locale ou loco-régionale.
- la sophro-analgésie.

Mais, avec un point commun entre ces 3 possibilités : la préparation du patient en abordant avec lui ses angoisses vis-à-vis de l'opération à venir, liées à l'appréhension de l'acte. Cette lutte contre les effets néfastes de stress pourrait permettre une diminution significative des doses d'anesthésiques employées tout comme la diminution de la fréquence des complications per et post-opératoires, facilitant donc la récupération.

Il est possible d'effectuer différents types d'inductions anesthésiques qui peuvent se compléter entre-eux et également compléter l'anesthésie en elle-même.

2.3.3.2.1. En complément à l'anesthésie générale :

On peut recourir à une sophronisation de base, afin de détendre le patient et de le mettre en confiance. Cela permet de le rendre plus réceptif aux techniques qui suivent, aux différentes phases de l'induction anesthésique. On peut également y recourir, soit indépendamment de la sophronisation de base, soit lui faisant suite à des techniques de suggestion, afin de dynamiser le patient et d'insister sur le côté bénéfique du soin réalisé. Cela permet également de minimiser les éventuels effets secondaires qui sont relativisés.

Ces suggestions se poursuivent tout le long de l'acte, afin de conserver cette atmosphère de détente et de bienfaisance, qui a un impact favorable sur le réveil et le suivi post-opératoire.

2.3.3.2.2. La sophro-analgésie :

Chez certains patients particulièrement réceptifs, la sophro-analgésie se suffit à elle-même mais, il faut que le sujet soit capable d'atteindre un état sophronique suffisamment profond. Cela emploie surtout la sophro-substitution sensorielle : une sophronisation de base et par la suite, des suggestions permettant à la zone concernée de s'engourdir sous l'action d'une sensation de froid qui, peut éventuellement être renforcée par l'application sur la zone d'un objet froid ou de glace par exemple. Peu à peu, on étend cette sensation au-delà de la zone opératoire.

2.3.3.2.3. En support de l'anesthésie locale / loco-régionale :

La sophrologie peut aider lors de la réalisation d'anesthésie locale (AL) ou loco-régionale (ALR) dite « assistées » (« local anesthesia with sedation ») qui consiste à combiner AL ou ALR avec l'injection d'anxiolytiques et/ ou d'analgésiques [54].

La sophrologie permet de remplacer ces anxiolytiques administrés, en conditionnant le patient à faire face à l'expérience désagréable qu'est l'anesthésie.

2.3.3.3. En post-opératoire :

La visualisation pré-opératoire permet au patient de se représenter au sortir de son intervention : soit en salle de réveil pour des soins réalisés sous anesthésie générale soit, chez soi pour des soins réalisés sous anesthésie locale. Poursuivre ces exercices de visualisation en post-opératoire permet de mieux vivre d'éventuelles complications par l'ambiance sereine et apaisante qui est développée tout le long de la prise en charge sophrologique. Cela permet également au patient de retrouver une certaine harmonie une fois cette expérience difficile vécue.

2.3.4. Autres applications pour le patient :

Parmi les autres applications possibles pour le patient, la sophrologie peut aider au traitement de la bruxomanie : le bruxisme étant une pathologie à composante essentiellement psychologique, induire la détente grâce à la sophrologie et donner au patient les clés pour reproduire ces exercices simples chez lui peut potentialiser les bienfaits d'une gouttière de protection.

La sophrologie peut également servir en prothèse lors des fastidieuses étapes de prise d'empreintes, jamais agréables pour le patient surtout pour ceux qui souffrent de réflexes nauséux importants. Elle peut également aider à l'intégration des prothèses grâce aux exercices de visualisation brièvement expliqués au 2.3.3.1. : se focaliser sur les nombreux aspects positifs qu'auront ces prothèses motivera le patient à honorer tous ses rendez-vous et rendront leur acceptation beaucoup plus agréables pour lui car, il aura été motivé depuis plusieurs séances à vivre avec ses nouvelles « dents ».

D'autres applications supplémentaires sont possibles et envisageables, en fonction de chaque patient.

2.3.5. Le développement personnel du chirurgien-dentiste :

« Les techniques de développement personnel visent à la transformation de soi: pour se défaire de certains aspects pathologiques (phobie, anxiété, déprime, timidité), ou pour améliorer ses performances (mieux communiquer, gérer son temps, s'affirmer) » [55]. La sophrologie peut en effet influencer sur de nombreux aspects de la vie quotidienne du chirurgien-dentiste.

Rappelons que la sophrologie a pour conséquence l'exploration des sens pour apprendre à connaître son corps afin de mieux l'exploiter, mettre en valeur ses sensations et mettre en évidence ce qui est positif. Cela permet également le contrôle de ses émotions. Tous ses aspects positifs du contrôle de soi sont grandement utiles au chirurgien-dentiste qui peut être confronté à des chocs émotionnels de tout genre : aussi bien face à un patient dont l'histoire personnelle peut émouvoir, que face à un patient désagréable voire agressif afin de ne pas sortir de nos gonds. Tout cela permet de rester au maximum objectif, afin de proposer dans chaque cas, la prise en charge la plus adaptée au cas clinique et ce, en dehors de tout jugement subjectif qui pourrait fausser la perception du praticien. Cela permet également de mieux gérer le stress de journées parfois surchargées et harassantes auxquelles s'ajoutent parfois des urgences supplémentaires soit en gardant son calme face à la déferlante soit, en osant s'affirmer et refuser certaines qui n'en sont pas vraiment. Cela peut aussi permettre de mieux communiquer avec le reste de l'équipe soignante.

Afin d'éviter le burnout, les exercices de relaxation et de respiration contenus dans certaines techniques de sophrologie permettent aux soignants de faire le vide, se relaxer afin de ne pas accumuler au fil du temps le poids psychologique de journées de travail longues et difficiles, ainsi que la charge émotionnelle émanant des patients.

Une autre application intéressante de la sophrologie concerne les troubles musculo-squelettiques et tout particulièrement les lombalgies qui, affectent au cours de leur carrière beaucoup de chirurgiens-dentistes. La sophrologie permet au praticien de prendre conscience de son corps, d'améliorer sa présence à soi et de déceler les postures nocives et leur interception avant que les douleurs chroniques ne s'installent. Cela se fait en changeant les réflexes de tension, involontairement acquis, par des réflexes de détente volontairement acquis [56].

2.4. Sophrologie et juridiction :

La profession de sophrologue est reconnue par l'Etat mais, il n'existe pas de diplôme d'Etat de sophrologie : c'est donc une profession libérale non-réglémentée. Il existe de nombreuses façons de se former à la sophrologie afin de l'inclure à sa pratique quotidienne :

- en passant par une école de sophrologie reconnue par le Syndicat des Sophrologues Professionnels : les cours sont divisés en trois cycles et se dérouleront alors sur 4 ans (300 heures de cours présentiels étalés sur les deux premières années, assurés par les formateurs de l'école). Ce cursus concerne l'enseignement des fondamentaux de la sophrologie et comporte une alternance d'enseignements théoriques et de séances de pratique.

Il faut éviter les cours à distance car, la sophrologie est basée sur les contacts humains avant tout.

Cela aboutit à la validation du premier cycle d'enseignement et au Certificat du premier cycle de formation vivantielle en Sophrologie Caycédienne qui donne accès au diplôme de Master Spécialiste en Sophrologie Caycédienne à la fin des 4 ans.

Les deux dernières années et les deux derniers cycles sont assurés par le Professeur Caycedo lui-même à l'université mondiale de Sophrologie d'Andorre et aboutit au Master Spécialiste en Sophrologie Caycédienne.

Ce Master dispose de plus, de trois branches de formation : une pour les professions médicales, une pour les professionnels des sciences humaines et une spécialisée dans la gestion du stress [57].

- A l'Université, des Attestations Universitaires d'Etudes Complémentaires (AUEC) sont délivrées, suite à un enseignement de généralement 200 heures. Un examen théorique écrit doit être validé à la fin de ces deux années.

Il existe également un Diplôme Universitaire (DU) : les différentes universités définissent le nombre d'heures d'enseignement (généralement au moins 100 heures) et leur répartition dans le temps. Les modalités d'évaluation finale sont là-aussi, dépendantes des universités (souvent, la rédaction d'un mémoire est requise).

A cela s'ajoute aussi la notion de titre RNCP (Répertoire National de la Certification Professionnelle). Ce répertoire est tenu à jour par la Commission Nationale de la Certification Professionnelle qui est un organisme sous tutelle du Ministère du Travail. Il faut donc privilégier des écoles bénéficiant d'un titre RNCP, critère d'un certain niveau de qualification et de compétence même si, ce n'est pas une obligation.

Il existe ainsi 4 titres de sophrologie enregistrés au RNCP ayant le même niveau de qualification (III pour la France et 5 pour l'Europe) [58].

2.5. Expériences relatées et ouvertures vers d'autres disciplines médicales :

2.5.1. En médecine générale :

Pour de nombreux médecins, le corps malade est perçu comme une mécanique qui s'est enrayée et qu'il faut réparer (corps objet) comme si celui-ci était étranger au patient. Cette vision sépare donc le corps de l'esprit comme si l'un pouvait être soigné isolément de l'autre, oubliant totalement l'unité qu'ils forment à travers la personne humaine. Ainsi, le médicament viendra réparer l'organe ou rétablir sa fonction normale. A cela s'ajoute le fait que le patient vit souvent sa maladie comme quelque chose d'extérieur à lui-même, quelque chose qui lui est étranger.

Un médecin pratiquant la sophrologie a une position d'écoute et une attitude particulière vis-à-vis du patient. « Etre médecin et sophrologue, c'est cultiver une présence attentive à l'autre, avoir confiance en la nature humaine, croire en ses ressources positives, en ses capacités d'adaptation, en ses forces pour se restructurer et guérir. La présence attentive et positive du médecin, son écoute active ou son absence de jugement et sa compréhension, sont de bons médicaments » [59].

La sophrologie permet donc de soigner le patient dans son intégralité, en le considérant comme une personne porteur d'une maladie contrairement à une vision trop scientifique de la pratique médicale se focalisant sur les symptômes et sur un corps qui connaît un dysfonctionnement et qu'il faut réparer et oubliant que les symptômes sont portés par un être à part entière.

De plus, la pratique de la sophrologie en médecine générale permet une relation différente entre le soignant et le soigné par la mise en place de l'alliance sophronique (Cf 1.4.4.). Cela renforce les relations entre les deux ainsi que la confiance du patient envers son praticien et ne peut qu'être bénéfique à ce premier car, cela agira de concert avec le traitement prescrit. Le but est d'aider le patient à intégrer les symptômes et la maladie comme faisant partie de lui, de son schéma corporel (Cf 1.4.3.1.) pour ainsi, mieux le transformer [60].

2.5.2. En socio-prophylaxie :

La sophrologie peut dans ce cas agir en amont de la maladie, des pathologies physiques ou psychologiques. Une expérience de grande envergure a été tentée en Suisse en 1973, afin de lutter contre l'abus de médicaments, via l'organisation de cours de Sophroprophylaxie ouverts au public et ainsi, réduire les coûts de santé. Cette grande opération de santé publique était portée par ce slogan fort et grandement représentatif de la sophroprophylaxie : « Investir dans sa santé au lieu de payer sa maladie ».

Ainsi, avec l'aide des caisses-maladie suisses, cela consistait à mesurer les frais de santé des participants avant les cours et après les cours de Sophroprophylaxie. Les résultats furent concluants car, il y a eu diminution de 28 à 41% des dépenses de santé chez les participants [61].

De nombreux cours peuvent être proposés afin de répondre aux besoins du plus grand nombre : aide à la préparation d'examens, aide à la gestion du stress, soutien aux sportifs, cours pour les chômeurs, cours pour les cadres et responsables d'entreprises etc. Il est également possible de travailler sur le développement personnel de chacun. Cela permet à la sophrologie d'être utile et accessible à tous. Le but est d'agir précocement, afin d'éviter l'apparition de troubles physiques ou psychologiques, liés aux activités de chacun.

2.5.3. En préparation à la naissance :

La sophrologie peut servir à la préparation à la maternité, soit avant la grossesse soit, au cours de celle-ci. Cela influe la façon d'attendre et d'accueillir le futur enfant, ainsi que sur le déroulement de la grossesse en elle-même. Il faut adapter les exercices en fonction du moment de la consultation, du nombre de mois de grossesse et en vue de la proximité ou non de l'accouchement.

- pour le premier trimestre, la sophrologie aide la femme enceinte à surmonter les changements aussi bien corporels que psychologiques auxquels elle est soumise. Il faut donc travailler sur le schéma corporel avec elle et sur les changements progressifs de celui-ci qui s'opèrent tout le long de la grossesse.
- pour le second trimestre, les changements physiques sont déjà bien installés mais, les changements psychologiques sont parfois compliqués à appréhender au niveau de l'estime de soi et de l'altération de l'image « esthétique » de la femme. Il faut donc insister sur le but de ces changements et de leur finalité positive : le fait de donner la vie.
- pour le troisième trimestre, il y a une accentuation des désagréments physiques liés à la grossesse : brûlures oesophagiennes et épigastriques ainsi que les sensations de lourdeur et la fatigue. Il faut également gérer les angoisses liées à l'accouchement se profilant de plus en plus.
Enfin, il faudra penser aux exercices per-accouchement qui permettent de gérer la douleur et d'améliorer l'oxygénation des tissus.

- après la grossesse, le risque de baby blues et de dépression post-partum (postpartum blues) est à prendre en considération ; la sophrologie permet alors d'insister sur le positif de la situation et d'accepter les nouveaux changements corporels et l'impact qu'a eu la grossesse sur le corps et sur l'image que la patiente se fait d'elle-même. Cela aide également à la reprise de sa vie personnelle et professionnelle et à son nouveau statut de maman [62].

2.5.4. Les douleurs chroniques :

Comme vu au 2.2.1., la douleur chronique a un impact physique mais également, une importante composante psychologique et émotionnelle souvent négligée. Le but de la sophrologie est donc, dans ce cas, d'intervenir sur cet impact émotionnel, pour aider à l'acceptation de la douleur en prenant en compte toutes ses composantes, afin de permettre au patient de retrouver une certaine harmonie, et éviter au patient de sombrer dans une dépression, fréquente dans le cas de douleurs chroniques.

2.5.5. Les dépendances et addictions :

Dans les dépendances et addictions, il y a une composante physique (le corps a un besoin matériel d'une substance) mais également une composante psychologique et émotionnelle forte (la composante comportementale de l'addiction comme pour les fumeurs, le geste de porter la cigarette à leur bouche, comme un rituel qui, au fil du temps, est devenu sacré et fait partie intégrante de l'addiction.) Cela se retrouve également dans les addictions comportementales.

Les différentes médications, selon le type de dépendance, permettent de lutter contre la composante physique de l'addiction : la consommation de la substance mais, ne prendront jamais totalement en compte la composante psychologique et émotionnelle. C'est là que la sophrologie, par son rapport au corps et à soi-même permet d'agir afin de lutter contre le désir, l'envie d'avoir la conduite addictive, afin de compléter l'action médicamenteuse.

2.5.6. Autres :

La sophrologie peut également servir pour d'autres pathologies : acouphènes, cancers et dans certaines disciplines médicales comme la gériatrie ou les soins palliatifs.

3. Techniques utilisables au cabinet dentaire

Quelles sont les bases de l'utilisation de la sophrologie au cabinet dentaire ainsi que des techniques facilement applicables par le praticien et le patient ? Y a-t'il des techniques spécifiques répondant à des situations particulières du cabinet dentaire ?

3.1. La sophronisation de Base Simple ou Relaxante :

La sophronisation de Base Simple ou Relaxante est le point d'entrée dans la pratique de la sophrologie. Elle permet d'atteindre un niveau de détente neuromusculaire et un niveau de conscience abaissé, afin d'entrer dans le niveau sophro-liminal. Elle est donc axée principalement sur la relaxation contrairement à la Sophronisation de Base Vivantielle qui elle, est axée sur la prise de conscience des différentes parties de son corps puis, du corps dans sa totalité. Ceci se fait par une série d'inductions.

La sophronisation de Base Simple peut se pratiquer debout, assise ou allongée et se décomposer en 4 phases :

- La phase de préparation : où le pratiquant s'installe confortablement.
- La phase d'abaissement du niveau de la conscience : où il faut être à l'écoute des sensations de son corps.
- La phase d'approfondissement : où le pratiquant se concentre sur le positif.
- La phase de reprise : la désophronisation [63].

Un exemple de protocole et de Terpnos Logos de la Sophronisation de Base Simple pourraient être les suivants. Cette base s'adaptera ensuite aux objectifs et besoins du patient :

« Je vous propose de vous installer confortablement et de prendre conscience de votre corps et de vos points d'appui (Phase 1).

Vous prenez conscience de votre respiration spontanée, de vos inspirations, de vos expirations, de l'air qui entre par votre nez et qui ressort par votre bouche, une respiration calme. Vous commencez à vous relaxer, à vous détendre, à profiter de ce moment de détente. Votre corps se détend de votre tête à vos pieds.

Concentrez-vous sur votre tête. Votre front se déplisse, vos paupières se détendent, deviennent lourdes et tombent. Les muscles autour de vos yeux se détendent, vos yeux se relaxent. Votre nez se détend, vous sentez l'air qui circule dans vos narines. Vos joues se détendent, vos mâchoires se desserrent, vos lèvres se relâchent et s'entrouvrent. Votre langue se détend ainsi que tout votre visage.

Votre gorge se dénoue et vous prenez conscience de l'air qui y circule, arrivant de vos narines pour transiter dans votre gorge. Vous ressentez une douce fraîcheur au passage de l'air dans votre corps.

Vos épaules se relâchent et tombent. Vos bras se détendent et se relaxent jusqu'au bout de vos doigts, de vos ongles.

Concentrez-vous maintenant sur votre thorax, se soulevant à l'inspiration et redescendant à l'expiration, de façon lente et détendue.

Votre ventre se détend, les muscles de votre ventre ainsi que les organes à l'intérieur. Votre ventre bouge au rythme de votre respiration. Il se gonfle à l'inspiration et se dégonfle à l'expiration, lentement et profondément. Vos muscles abdominaux se relâchent et se détendent.

Concentrez-vous sur votre bas-ventre et sur votre périnée toujours avec cette sensation de détente.

Cette sensation de détente s'étend dans votre dos, tout votre dos. Les muscles de votre dos se relâchent, du haut de votre dos au bas de votre dos, le long de votre colonne vertébrale de votre nuque à votre coccyx. Votre dos est relâché.

Cette sensation de détente gagne maintenant vos hanches et passe dans vos cuisses. Vos muscles se relâchent, toutes vos jambes sont détendues, de vos cuisses à vos pieds, en passant par vos genoux. La détente gagne chaque muscle de vos jambes jusqu'au bout de vos orteils. Tout votre corps est maintenant détendu (Phase 2).

A présent, laissez venir dans votre esprit une image d'harmonie, de bonheur ou une situation agréable. Vous êtes serein, apaisé par cette image de bonheur et d'harmonie. Vous voyez cette image, vous la ressentez, vous vivez cette situation agréable. Concentrez-vous sur les détails de cette image, sur chaque petit détail avant de la revisualiser dans son intégralité. Vous prenez conscience des sensations agréables produites par cette image d'harmonie (Phase 3).

Maintenant, laissez filer cette image de bonheur. Vous pourrez la retrouver à chaque fois que vous en aurez besoin ou envie. Vous allez vous préparer à retrouver votre tonus habituel, tranquillement, à votre rythme tout en conservant la sérénité et l'harmonie de la séance.

Vous prenez conscience de vos sensations telles que celles-ci se présentent. Vous accueillez ces sensations de détente et toutes les autres : lourdeur, tensions musculaires, fraîcheur etc. Vous reprenez conscience de votre position actuelle, de vos points d'appui, des objets et de tout ce qui vous entoure.

Votre tonus revient en commençant par vos jambes, vous pouvez les déplacer doucement. Ce tonus monte dans votre ventre, dans vos bras, vos épaules, votre gorge et votre tête. Vous pouvez retrouver votre tonus habituel, bouger, vous étirer. Vous prenez conscience de votre respiration et de toutes vos sensations ici et maintenant. Vous pourrez maintenant ouvrir les yeux quand vous le souhaitez (Phase 4). »

Il faut veiller à respecter des pauses entre les différentes phases et à ne pas aller trop vite, afin de laisser le temps au pratiquant de ressentir les différentes parties de son corps, de véritablement vivre l'exercice [64].

Arriver à un état de détente peut être difficile pour certaines personnes : dans ce cas, il faut donc que ceux-ci s'exercent davantage jusqu'à ce que le relâchement se fasse.

3.2. Les trois « techniques-clés » ou Phase préparatoire :

Les trois techniques-clés, également appelées « Phase préparatoire », se retrouvent dans les 12 degrés de la Relaxation Dynamique. Une fois maîtrisées, celles-ci peuvent être abrégées, afin de se mettre rapidement en condition, pour pratiquer des techniques plus poussées.

3.2.1. Sophronisation de Base Vivantielle :

La Sophronisation de Base Vivantielle est également appelée Sophronisation de Base Vivantielle des 5 Systèmes. Elle a pour but, en plus d'aboutir à une relaxation, de prendre conscience de son corps et surtout, de son corps sans tension. Cela permet de mieux être à l'écoute de son corps et donc d'activer la Vivance (Cf. 1.4.6.) : la Sophronisation de Base Vivantielle est la porte d'entrée de la Vivance. C'est par cette Vivance et son activation que nous pouvons vivre la conscience. Il est important de maîtriser cette technique afin de pouvoir pratiquer d'autres techniques plus avancées.

Ceci se pratique habituellement debout en posture du 1^{er} degré (Cf. 1.4.8.2.) : les pieds parallèles, le bassin légèrement reculé et les jambes légèrement pliées et non raides ; le but étant de ressentir sa verticalité, la verticalité de son corps. Elle va consister à se concentrer sur le point d'intégration du système, à inspirer et à retenir l'air le temps de provoquer une légère tension dans le système puis, à expirer. Tous les systèmes sont sollicités l'un après l'autre.

- Premier système : se concentrer sur le front : conscience de la forme du visage et de la tête sans tension.
- Deuxième système : se concentrer sur la thyroïde : conscience de la forme du cou et des bras sans tension.
- Troisième système : se concentrer sur le sternum : conscience de la forme du thorax sans tension.
- Quatrième système : se concentrer sur le nombril : conscience de la forme de la région abdominale sans tension.
- Cinquième système : se concentrer sur la région pelvienne : conscience de la forme de la région pelvienne et des jambes sans tension.
- Mégasystème : se concentrer sur le point rétro-ombilical : conscience de la forme de tout le corps sans tension.

Une fois cette Sophronisation de Base Vivantielle effectuée, les autres exercices pourront s'effectuer. Cela sera ponctué comme vu au 1.4.8.3., par des pauses d'intégration, de totalisation, d'activation des capacités avant de finir par une désophronisation de base par système et une phénodescription [65].

Avec la pratique, elle pourra se faire de façon abrégée.

3.2.2. Sophro-déplacement du négatif :

Cette technique consiste à déplacer hors de soi toutes les sensations ainsi que toutes les émotions, tous les sentiments négatifs se manifestant par des gênes, des tensions, des crispations. Cela permet au pratiquant de changer sa façon de voir l'expérience négative dont il veut atténuer les effets. Le Sophro-déplacement du négatif permet donc d'expulser le négatif et ainsi de « nettoyer » la conscience du pratiquant par l'expiration. Il se pratique en posture debout du 1^{er} degré et fait suite à la Sophronisation de Base Vivantielle quasi-systématiquement.

Cette expulsion des crispations se fait par des expirations en suivant le protocole suivant :

- Premier système : poser les mains sur le front et, inspirer, tête en arrière en contractant les muscles de la tête et du visage. Le sujet localise les zones de tension et va expirer, la tête droite, afin d'évacuer le négatif. Relâchement des muscles du premier système.
- Deuxième système : au choix, poser les mains sur la thyroïde ou tendre les bras à l'horizontal devant soi, poings fermés. Pencher la tête en avant. Inspirer en contractant les muscles du cou, de la nuque, des bras afin de localiser les zones de tension. Expirer pour expulser le négatif. Relâcher les muscles.
- Troisième système : poser les mains sur le sternum, les coudes, la poitrine et le haut du dos vers l'arrière. Inspirer en contractant les muscles de la région. Localisation des zones de tension et expulsion par l'expiration. Détente des muscles.
- Quatrième système : poser les mains au-dessus du nombril en appuyant légèrement. Inspirer en contractant toute la ceinture abdominale ainsi que les muscles du dos. Inspiration et repérage des tensions. Expiration. Relâchement.
- Cinquième système : poser les mains sur la région pelvienne : inspiration et prise de conscience des tensions dans la région pelvienne ainsi que dans les membres inférieurs. Expiration et détente.
- Mégasystème : poser les mains sur le point ombilical ou sur la nuque. Inspirer en prenant conscience de la totalité de son corps et des éventuelles crispations restantes. Expulsion du négatif et relâchement [66].

S'en suit une pause de totalisation et une désophronisation si la séance s'arrête là.

A noter que selon les protocoles, le sujet pourra être amené à travailler plusieurs fois de suite sur un même système avant de passer au suivant. La séance peut alors s'arrêter là avec pause de totalisation, activation des capacités, désophronisation et phénodescription ou, se poursuivre par d'autres exercices.

3.2.3. Sophro-acceptation vitale des cinq systèmes ISOCAY :

La Sophro-acceptation vitale des systèmes ISOCAY est utilisée lorsque les techniques vues précédemment sont maîtrisées. Elle consiste à « conquérir son corps », c'est-à-dire à activer et ressentir dans chacun des systèmes ISOCAY une sensation de chaleur, d'énergie et à ressentir le fonctionnement des organes et des tissus. Elle sert de base à tous les autres exercices de Sophro-stimulation.

Cela va permettre au pratiquant de dynamiser et de ressentir par système ses tissus et organes en les intégrant dans sa conscience. Elle fait suite à une Sophronisation de Base Vivantielle et au Sophro-déplacement du négatif. Elle se fait en posture de 2^{ème} degré ou en posture ISOCAY en suivant le protocole suivant :

- Premier système : cerveau : prise de conscience des sensations, induction de la sensation de chaleur et de l'énergie vitale.
- Deuxième système : thyroïde (ou cordes vocales) : prise de conscience des sensations, induction de la sensation de chaleur et de l'énergie vitale.
- Troisième système : poumons, cœur, thymus : prise de conscience des sensations, induction de la sensation de chaleur et de l'énergie vitale.
- Quatrième système : reins, foie, rate, appareil digestif : prise de conscience des sensations, induction de la sensation de chaleur et de l'énergie vitale.
- Cinquième système : gonades, prostate, utérus : prise de conscience des sensations, induction de la sensation de chaleur et de l'énergie vitale.
- Sixième système : totalisation de la corporalité : prise de conscience des sensations, induction de la sensation de chaleur et de l'énergie vitale.

Si voulu, la séance se poursuit ou pause de totalisation en posture du 2^{ème} degré (assis dos contre le dossier de la chaise), activation des trois capacités, désophronisation et phénodescription [67].

Une fois ces trois techniques-clés maîtrisées par le pratiquant, celles-ci peuvent être abrégées et réalisées en 5 minutes ce qui laisse donc le temps à des techniques plus spécifiques.

3.3. Techniques spécifiques :

3.3.1. La Relaxation Dynamique de Caycedo 1 :

3.3.1.1. Généralités sur la RDC 1 :

C'est le premier des 12 degrés de Relaxation Dynamique de Caycedo (RDC1). Elle appartient au Premier Cycle et est basée sur la Vivance phronique de la corporalité : elle va favoriser la perception du corps et les capacités de concentration en plus de développer un rapport particulier au corps, un rapport sans jugement, une rencontre phénoménologique (Cf. 1.2.6.) dans le but de modifier son propre schéma corporel [68].

L'entraînement sophrologique, bien que protocolaire, a l'avantage de pouvoir s'adapter à chaque pratiquant. C'est au thérapeute de guider le patient vers ce qui lui correspond le mieux.

La RDC 1 est basée sur le yoga hindou et sur des gestes à effectuer en harmonie avec la respiration basés sur la méditation. A cela s'ajoute des temps de récupération et de détente à respecter. Elle permet de mettre en jeu la Vivance et la corporalité afin de s'éloigner de l'image que nous avons de notre corps pour arriver à un ressenti correspondant davantage à notre réalité corporelle. Cela passe par la prise de conscience de ce corps, sa découverte et son appropriation.

La RDC 1 permet la pratique de techniques d'Activation Intra-Sophroniques dites de « Présentation » : basées sur l'instant présent. A noter que la Sophronisation de Base Vivantielle, le Sophro-déplacement du négatif et la Sophro-activation des 5 systèmes donc, les trois « techniques-clés » sont des techniques de Présentation.

3.3.1.2. RDC 1 : protocole :

3.3.1.2.1. Préparation à la RDC 1 :

La préparation à la RDC 1 consiste en plusieurs exercices simples de respiration avant de passer aux trois techniques-clés [69].

- Le chauffage corporel : cela consiste à échauffer le corps par une expiration active qui provoque un échauffement du corps. Il se fait debout, stable et les pieds bien ancrés au sol et les mains posées sur le ventre.

Il faut se concentrer sur sa respiration et tout particulièrement sur les expirations afin de passer d'une respiration thoracique à une respiration abdominale, qui est la respiration du bébé et du jeune enfant. Le protocole du chauffage corporel est le suivant :

S'installer confortablement et tout d'abord prendre conscience de sa respiration spontanée. Il faut bien veiller à gonfler le ventre à l'inspiration et à le dégonfler à l'expiration. La respiration va se

faire exclusivement par le nez aussi bien pour l'inspiration que pour l'expiration.

Ensuite, la respiration s'accélère un certain temps puis, ralentit. Prendre conscience des sensations induites. Répéter cela une seconde fois la tête légèrement en arrière. Enfin, recommencer une troisième fois. Récupérer et se détendre.

Il faudra que chaque pratiquant trouve son propre rythme afin de se mettre en condition le plus efficacement possible et d'éviter d'éventuels vertiges.

- L'exercice de la verticalité : il prépare aux techniques-clés : le pratiquant se tient debout et va inspirer en levant progressivement les bras au-dessus de sa tête. Les mains se joignent au-dessus de la tête en fin d'inspiration et les doigts s'entrecroisent. Exercer une légère tension puis, expirer tout en redescendant doucement les bras le long du corps (ou sur le front ce qui permet d'enchaîner sur la Vivance phronique du 1^{er} système). A faire 3 fois en tout. Cet exercice de la verticalité permet de ressentir son corps par rapport au sol, de prendre conscience de l'attraction terrestre.
- Le Tratac : cet exercice est basé sur l'œil de Civa ou troisième œil symbole de sagesse. Le principe est de tendre son bras devant soi, pouce vers le haut et de ramener progressivement notre pouce sur notre glabella, en faisant converger nos yeux jusqu'à ce que l'image se dédouble ou qu'une tension se fasse sentir. A ce moment-là, fermer les yeux et se concentrer sur ses sensations internes. Cet exercice est à renouveler 2 fois. A la fin de la troisième fois, garder les yeux fermés.
- Enchaîner sur les trois techniques-clés : Sophronisation de Base Vivantielle, Sophro-déplacement du négatif et sophro-activation Vitale des systèmes ISOCAY.

3.3.1.2.2. Vivance phronique concentrative du 1^{er} système :

Commencer par une Sophronisation de Base Vivantielle puis, poser les mains sur le système : ici le visage : phase de concentration phronique afin de prendre conscience du système.

S'en suivent des exercices vivantiels spécifiques du 1^{er} système :

- Exercice de déplacement de la tête : inspirer, bloquer sa respiration. Exercer une légère tension et effectuer des mouvements latéraux de la tête vers la droite puis vers la gauche. Expirer. A faire 3 fois.

Répéter cette fois-ci avec des mouvements d'avant en arrière. 3 fois.

Enfin, 3 fois avec des mouvements de rotation de la tête dans les deux sens.

- Exercice de sophro-stimulation respiratoire : inspirer profondément par la bouche en levant les bras au-dessus de la tête puis, les laisser redescendre en amenant les pouces vers le nez pour obturer les narines en se penchant vers l'avant. Rétention d'air. Expiration vive par le nez. A faire 3 fois.

Pause phronique d'intégration en posture du 2^{ème} degré : permet d'inscrire dans la conscience les phénomènes qui viennent d'être vécus, sans jugement ni interprétation.

Conscience des organes vitaux du 1^{er} système, présence du système.

3.3.1.2.3. Vivance phronique concentrative du 2^{ème} système :

Sophronisation de Base Vivantielle puis, phase de concentration phronique les mains sur le cou.

Exercices vivantiels spécifiques du 2^{ème} système :

- Exercice de tension de la région antérieure du cou : inspirer et retenir sa respiration. Tension des muscles antérieurs du cou. Expirer. A faire 3 fois.
- Exercice du « pompage d'épaules » : inspirer profondément et à retenir son souffle avant de pomper avec les épaules : relever les épaules et les rabaisser à son rythme puis, expirer. A faire 3 fois de suite.

Pause phronique d'intégration en posture du 2^{ème} degré.

Conscience des organes vitaux du 2^{ème} système, présence du système.

3.3.1.2.4. Vivance phronique concentrative du 3^{ème} système :

Sophronisation de Base Vivantielle et phase de concentration phronique les mains sur le sternum.

Exercices vivantiels spécifiques du 3^{ème} système :

- Exercice du soufflet thoracique : les poings se font face au niveau du sternum. Expirer. Inspirer en ramenant les coudes vers l'arrière. Retenir son souffle et exercer une tension sur les muscles de la zone en reculant doucement les coudes vers l'arrière. Expirer en revenant à la position initiale poing contre poing. A faire 3 fois.
- Exercice de rotation des extrémités supérieures : inspirer et lever le bras droit au-dessus de la tête. Retenir sa respiration. Exercer une tension sur le bras droit et effectuer de larges mouvements circulaires avec ce bras. Expirer en laissant redescendre le bras. A faire 3 fois avec le bras droit puis, 3 fois avec le bras gauche et enfin, 3 fois avec les deux bras en même temps.

Pause phronique d'intégration en posture du 2^{ème} degré.

Conscience des organes vitaux du 3^{ème} système, présence du système.

3.3.1.2.5. Vivance phronique concentrative du 4^{ème} système :

Sophronisation de Base Vivantielle et phase de concentration phronique la main droite sur l'abdomen et la main gauche sur la région lombaire.

Exercices vivantiels spécifiques du 4^{ème} système :

- Exercice des mains en griffe : inspirer en levant les bras face à soi, à l'horizontale avec les doigts en griffes et les paumes vers l'avant. Légère tension dans l'abdomen et ramener les mains à l'abdomen comme si on ramenait en objet face à nous. Expiration.
- Exercice Nauli : inspirer en élevant légèrement les bras. Expirer en vidant tout l'air emmagasiné, en se penchant en avant et en pliant les jambes, mains sur les genoux tout en rentrant le ventre jusqu'à être forcé d'inspirer. A faire 3 fois.

Pause phronique d'intégration en posture du 2^{ème} degré.

Conscience des organes vitaux du 4^{ème} système, présence du système.

3.3.1.2.6. Vivance phronique
concentrative du 5^{ème} système :

Sophronisation de Base Vivantielle et phase de concentration phronique la main droite sur le bas-ventre et la main gauche sur le sacrum.

Exercices vivantiels spécifiques du 5^{ème} système :

- Exercice de rotation axiale du bas-ventre : inspirer et retenir son souffle. Exercer une tension dans les muscles du 5^{ème} système et tourner le bassin de droite à gauche afin de regarder derrière soi. Les bras sont pendants et suivent le mouvement. Expirer.
- Marche phronique virtuelle : Inspirer et retenir son souffle. Tension des muscles du 5^{ème} système et marcher sur place. Expirer.

Pause phronique d'intégration en posture du 2^{ème} degré.

Conscience des organes vitaux du 5^{ème} système, présence du système.

3.3.1.2.7. Vivance phronique
concentrative de Totalisation :

Sophronisation de Base Vivantielle.

- Exercice de tension des hémicorps : inspirer en levant le bras droit, poing fermé vers le ciel et tendu au maximum. Porter le poids du corps sur le côté droit. Retenir son souffle. Tension dans tout l'hémicorps droit en relâchant le côté gauche. Expirer et laisser redescendre le bras le long du corps. A faire 3 fois.

A faire 3 fois avec le bras gauche puis 3 fois les deux bras vers le ciel.

Pause phronique d'intégration en posture du 2^{ème} degré.

Conscience de tous les organes du corps.

- Exercice de concentration sur un objet neutre : se fait en posture du 2^{ème} degré. Il permet de travailler la concentration en se focalisant mentalement sur un objet choisi et qu'on essaie de fixer dans sa conscience.

Il faut donc laisser venir un objet à notre conscience, objet appartenant au monde végétal ou minéral. Le but est d'arriver à se représenter cet objet, sa nature, sa forme et ses moindres détails.

3.3.1.2.8. Désophronisation et compléments :

Au cours de cette étape, le thérapeute et le patient réalisent une désophronisation et une phénodescription orale ou écrite.

Il existe de nombreux exercices possibles et ce sera au thérapeute d'adapter la séance en fonction des besoins et des caractéristiques du pratiquant.

A noter qu'avant de pratiquer la RDC 1, il est possible de pratiquer le Neti-Krya : une ablution des narines qui se fait à l'aide d'une «kafa» : une pipette repliée de sérum physiologique à 37°C. Cela stimule la cinquième paire des nerfs crâniens (Trijumeau).

Il faut pencher sa tête vers la gauche et verser le sérum physiologique dans la narine droite. Il va s'écouler par la narine gauche. Idem pour l'autre côté.

Cet exercice n'est pas obligatoire et est peu pratiqué en Occident.

3.3.2. La Sophro-respiration synchronique :

Egalement appelé Vivance Phronique de la respiration. Cet exercice permet d'apprendre aux pratiquants à synchroniser leur respiration avec les mouvements de leur corps ainsi qu'avec les évocations mentales : images, sensations qui seront utilisées lors d'exercices. La respiration est alors utilisée comme vecteur d'activation de phénomènes comme c'est déjà le cas en méditation ou en relaxation. Il peut être travaillé avant la RDC 1 pour en tirer d'office le meilleur ou être travaillé après une première expérience de RDC 1 afin d'y revenir par la suite avec un nouvel outil, une nouvelle vision pour cette RDC 1.

La Sophro-respiration synchronique suit le protocole suivant :

- Les « trois techniques-clés » : Sophronisation de base Vivantielle, Sophro-déplacement du négatif, Sophro-activation vitale des 5 systèmes ISOCAY.
- Prise de conscience de sa respiration : le sujet se concentre sur sa respiration, prend conscience de celle-ci et se relaxe afin que celle-ci devienne plus lente et fluide.
- Sophro-respiration synchronisée avec la pensée : cela passe par un mot vecteur de bien-être selon les préférences du pratiquant : paix, quiétude, harmonie, zen par exemple. Synchroniser sa respiration avec ce mot vecteur.

Recommencer mais cette fois-ci, avec un souhait positif choisi par le sujet et correspondant à un objectif à atteindre. A faire quelques minutes en se concentrant afin de ressentir toute la Vivance provoquée par la synchronisation du souhait et de la respiration.

- Pause phronique de Totalisation.
- Activation des trois capacités.
- Désophronisation.

La Sophro-respiration synchronique permet une Induction Sophronique rapide et efficace et donc une mise en condition pour la RDC 1 et les autres exercices [70].

3.3.3. La Sophro-substitution sensorielle :

Cette technique consiste à substituer un symptôme ou une sensation désagréable par une sensation agréable, de fraîcheur, de chaleur au niveau d'une zone du corps. Cela va permettre de diminuer la sensation douloureuse, de contrôler la sensibilité dans la zone. Elle est à la base des techniques de Sophro-analgésie.

Elle est fréquemment utilisée en chirurgie-dentaire aussi bien chez les enfants que chez les adultes. Elle a de nombreuses indications comme les douleurs liées aux soins, les douleurs aiguës ainsi que les douleurs chroniques. Elle a également son utilité en complément à l'anesthésie et en obstétrique.

La Sophro-substitution sensorielle suit le protocole suivant :

- Anamnèse : elle dépend de l'objectif recherché et de la zone où se trouve la sensation à substituer.
- Les « trois techniques-clés » : Sophronisation de base Vivantielle, Sophro-déplacement du négatif, Sophro-activation vitale des 5 systèmes ISOCAY.
- Focalisation : le sujet va se focaliser sur la région de son corps évoquée à l'anamnèse et qui est la localisation de la sensation à substituer.
- Substitution : le sujet substitue cette sensation par une autre plus agréable, souvent de chaleur ou de fraîcheur. Il est possible, dans un premier temps, d'induire cette sensation de chaleur ou de fraîcheur au niveau de la main pour ensuite la déplacer vers la zone concernée.
- Poursuite de la substitution / intensification de la perception : le sujet maintient cette substitution aussi longtemps qu'il le souhaite.
- Désophronisation.

Le Terpnos Logos est particulièrement important pour cette technique afin d'obtenir une substitution efficace.

3.3.4. La Technique Conditionnée :

Cette technique est également appelée technique du « geste-signal ». Elle consiste à substituer un geste à un symptôme afin de rester calme face à une situation anxiogène pour le sujet. Ceci aboutit à la création d'une sorte de « circuit de secours » qui est mobilisable en cas de situation difficile pour le sujet [71].

Cette technique a de nombreuses indications allant du simple stress aux phobies. Elle fait également partie des techniques de Sophro-analgésie.

La technique Conditionnée suit le protocole suivant :

- Choix du geste : A discuter avant de commencer la technique Conditionnée. Le choix du geste est varié et est choisi par le sujet : contracter un muscle en particulier, serrer le poing, fléchir les orteils etc.
- Sophronisation de base Vivantielle : elle se fait debout ou assise : cela dépend de la situation anxiogène à substituer.
- Incorporation du geste dans une situation agréable : le sujet pense à une situation agréable et y incorpore le geste choisi, afin de créer une association entre cette sensation agréable et ce geste. Répéter le geste un certain nombre de fois afin de bien ancrer l'association.
- Suggestion de la situation anxiogène : de façon précise.
- Substitution du geste à l'angoisse : faire le geste permet d'induire la sensation agréable, apaisante et de la substituer à la situation angoissante.
- Désophronisation.

3.3.5. La Relaxation Dynamique de Caycedo 2 :

3.3.5.1. La RDC 2 : Généralités sur la RDC 2 :

Alors que la RDC 1 est concentrée sur la Vivance phronique du corps, la RDC 2 se focalise sur la Vivance phronique de l'esprit. Elle est inspirée du bouddhisme tibétain. La RDC 2 va permettre de travailler les méthodes de futurisation comme la sophro-acceptation progressive ou la sophro-correction sérielle. Celles-ci vont permettre à la conscience de s'élargir pour intégrer une nouvelle dimension de pensée : la dimension du futur. Ce développement de la conscience est notamment possible grâce à l'imagination et aux capacités de projection du sujet, la capacité à établir des projets futurs [72].

La RDC 2 repose donc sur la « Contemplation Senso-perceptive » du schéma corporel qui consiste à se détacher de son corps afin de se voir de l'extérieur, comme si nous étions en dehors de nous, à prendre notre propre corps comme objet de contemplation. Notre conscience, à l'inverse de notre corps, est illimitée et nous permet donc ce nouveau point de vue sur nous-même.

Cette contemplation Senso-perceptive du schéma corporel se fait par la perception et les sensations : se regarder de l'extérieur ce qui peut être difficile les premières fois et dépend des

représentations que le sujet a de son corps. La perception est la capacité d'accueillir dans notre esprit des faits, des sensations. Le travail va se faire sur la perception sous toutes ses formes : perception des faits extérieurs, des faits intérieurs, par l'intuition, de rapports par la raison. Cela conduit à l'intégration du schéma corporel, de nos 5 sens, de la perception sous toutes ses formes.

Les exercices de la RDC 2 permettent de travailler la perception, par l'affûtage des sens, des faits intérieurs (venant de l'intérieur du corps) et des faits extérieurs au corps. La RDC 2 aboutit aux exercices de « Futurisation » (à l'inverse de la RDC 1 et de ses exercices de « Présentation » et de la RDC 3 et de ses exercices de « Prétérisation »).

3.3.5.2. RDC 2 : protocole :

3.3.5.2.1. Préparation à la RDC 2 :

La préparation à la RDC 2 est identique à celle de la RDC 1. Cette préparation est d'ailleurs la même pour les 12 degrés de la RDC.

- Le chauffage corporel.
- L'exercice de la verticalité.
- Le Tratac.
- Les 3 « techniques-clés » : Sophronisation de Base Vivantielle, Sophro-déplacement du négatif, Sophro-acceptation vitale des 5 systèmes ISOCAY.

Cette préparation permet de stimuler la Vivance afin d'être prêt aux exercices propres à la RDC [73].

3.3.5.2.2. Concentration Sujet-objet :

Cette étape fait suite à la phase préparatoire et permet au sujet de prendre conscience de son corps, de ce qui l'entoure et du caractère illimité de sa conscience ; Ceci permet ensuite la réalisation des exercices de la RDC 2. La Concentration Sujet-objet se fait de la façon suivante en posture du 2^{ème} degré :

- Concentration sur le Sujet : le pratiquant se concentre sur son corps, sur son dos appuyé sur la chaise, sur ses pieds posés par terre, sur sa position par rapport à tout ce qui l'entoure dans la pièce.
- Concentration sur l'Objet de méditation du 1^{er} degré : permet de travailler la concentration en se focalisant mentalement sur un objet appartenant au monde végétal ou minéral, le même qu'au 3.3.1.2.7.
- Changement de l'Objet pour le Sujet : le pratiquant était focalisé sur son objet de méditation acquis dès la RDC 1. Maintenant, le pratiquant va faire corps avec son objet de méditation, l'incorporer

en lui si tant est que, son corps entier va devenir objet de méditation.

- Méditation assise sur le corps et contemplation : le corps est devenu objet de méditation, le pratiquant se représente son corps de l'extérieur, comme s'il était extérieur à celui-ci et se le représente précisément, le contemple, médite : Sophro-Contemplation du Schéma Corporel.
- Conscience enveloppante : le sujet se voit d'un point de vue extérieur, il s'imagine enveloppé par sa propre conscience, il fait le tour de son corps physique, sa conscience enveloppe son corps.

Cet exercice de la prise de conscience va conditionner la suite de la RDC 2 car, la Vivance de l'Esprit démarre par lui et va se développer tout au long de la RDC 2, via la Sophro-Contemplation de chaque système : Vivance Phronique contemplative de chaque système.

3.3.5.2.3. Vivance phronique contemplative du 1^{er} système :

Toutes les Vivances Phroniques contemplatives se font en posture ISOCAY.

- Contemplation du 1^{er} système ISOCAY : ici, se concentrer sur la forme et la mesure. La forme représente l'unité, la plénitude du système. Elle renforce le sentiment de présence du système dans la conscience.
La mesure, elle, est un sentiment de dimension, qui varie donc, selon le système car, chaque système possède une dimension qui lui est propre.
- Postures spéciales du 1^{er} système : toucher/odorat/goût/ouïe/vue :

Odorat : se concentrer, méditer sur sa respiration, sur son nez et évocation d'odeurs agréables et désagréables. Pause phronique d'intégration sur ce sens.

Goût : méditer sur le goût, sur sa langue et la salivation. Evocation de goûts agréables, sucrés, salés, amers, désagréables. Pause phronique d'intégration sur ce sens.

Ouïe : poser nos coudes sur nos cuisses et placer nos paumes ouvertes contre nos oreilles afin de bloquer l'audition. Jouer sur l'ouverture des paumes afin de moduler les sons extérieurs arrivant à nos oreilles, de moduler notre perception des sons.

Appliquer fermement nos paumes sur nos oreilles afin de ne plus percevoir qu'un son de résonance dû à la couverture de nos oreilles par nos mains : sorte de résonance. Se concentrer sur cette résonance. Evocation de sons divers : de nature, de ville, musiques etc. Pause phronique d'intégration sur ce sens.

Vue : poser nos coudes sur nos cuisses et placer nos mains sur nos yeux fermés. Prise de conscience de nos yeux, méditer sur la vision. Entrouvrir les doigts, jouer avec la lumière s'infiltrant entre nos doigts. Evocations de visions diverses agréables. Pause phronique d'intégration sur ce sens.

Toucher : le pratiquant se redresse et pose ses mains sur le haut du crâne, les laisse glisser vers le visage, le cou, le thorax, l'abdomen, les cuisses, les jambes jusqu'aux chevilles : les mains parcourent tout le corps de haut en bas tandis que le pratiquant se représente son corps dans sa forme, son volume, sa température, texture des différentes zones. Pause phronique d'intégration sur ce sens.

- Pause phronique d'intégration en posture du 2^{ème} degré et Futurisation Sophronique Libre : penser à quelque chose d'agréable et de positif qui va avoir lieu dans un futur proche en se servant de la Vivance de nos 5 sens.

3.3.5.2.4. Vivance phronique contemplative du 2^{ème} système :

- Contemplation du 2^{ème} système ISOCAY : dans la forme, la mesure et la gravitation, qui est le sentiment vital du poids du système.

Exercices avec la tête : pencher la tête vers l'avant en inspirant, bloquer sa respiration et exercer une tension douce et revenir en position normale en expirant. A faire 3 fois vers l'avant puis, 3 fois vers l'arrière.
Prendre conscience de la forme, la mesure et de la gravitation en faisant ces mouvements de tête.

- Pause phronique d'intégration en posture du 2^{ème} degré et Futurisation Sophronique Libre.

3.3.5.2.5. Vivance phronique
contemplative du 3^{ème} système :

- Contemplation du 3^{ème} système ISOCAY : dans la forme, la mesure et la gravitation.

Exercices avec les bras : lever le bras droit à l'horizontal devant soi en inspirant. Retenir son souffle et exercer une tension dans le bras droit et dans la partie droite du thorax. Relâcher. A faire 3 fois.

Idem avec le bras gauche : 3 fois. Terminer en faisant les deux bras en même temps : 3 fois.

- Pause phronique d'intégration en posture du 2^{ème} degré et Futurisation Sophronique Libre.

3.3.5.2.6. Vivance phronique
contemplative du 4^{ème} système :

- Contemplation du 4^{ème} système ISOCAY : ressentir la forme, mesure et gravitation.

Exercices avec les abdominaux : gonfler le ventre à l'inspiration, retenir sa respiration et tension douce dans le système. Dégonfler le ventre à l'expiration.

- Pause phronique d'intégration en posture du 2^{ème} degré et Futurisation Sophronique Libre.

3.3.5.2.7. Vivance phronique
contemplative du 5^{ème} système :

- Contemplation du 5^{ème} système ISOCAY : forme, mesure et gravitation.

Exercices avec les jambes : lever la jambe droite en avant à l'inspiration. Retenir son souffle et tension douce dans la jambe. Relâcher en expirant. A faire 3 fois.

Idem avec la jambe gauche 3 fois puis, les 2 jambes en même temps toujours 3 fois.

- Pause phronique d'intégration en posture du 2^{ème} degré et Futurisation Sophronique Libre.

3.3.5.2.8. Vivance phronique contemplative de Totalisation :

- Contemplation de toute la Corporalité : également forme, mesure et gravitation.

Exercice avec tout le corps : poser les mains sur la nuque et inspirer en exerçant une tension de tout le corps vers l'arrière. Expirer en relâchant la tension. A faire 3 fois.

Lever les bras au-dessus de la tête puis inspirer en s'étirant et en exerçant une tension dans tout le corps. Expirer en relâchant. A faire 3 fois.

- Formulation d'un souhait et pause phronique de Totalisation en posture du 2^{ème} degré : évocation d'un souhait positif choisi par le pratiquant. Ce souhait doit être positif. Se représenter ce souhait et vivre ce souhait.

3.3.5.2.9. Désophronisation et compléments :

Désophronisation et phénodescription orale ou écrite.

3.3.6. La Sophro-acceptation progressive :

La Sophro-acceptation progressive est une technique de futurisation, ces techniques étant spécifiques à la RDC 2. Elles sont basées sur la projection et l'extériorisation, ce qui signifie la capacité à se voir soi-même d'un point de vue extérieur, à prendre du recul sur soi-même et sur le monde qui nous entoure. Cela permet également de se projeter dans le futur, à le visualiser de façon positive [74].

La Sophro-acceptation progressive permet au pratiquant de répondre à une situation difficile à venir en se projetant de façon positive dans la situation redoutée. Cela permet de planifier la situation difficile afin de réaliser des objectifs futurs. Au fil des séances, le pratiquant va peu à peu accepter cet évènement anxigène à venir : dans notre cas, un soin, une chirurgie etc. grâce à sa visualisation.

La Sophro-acceptation progressive va suivre le protocole suivant :

- Anamnèse : il faut commencer par évoquer de façon précise la situation future redoutée. Plus la description est précise et plus la technique sera efficace. Selon l'importance de l'anxiété provoquée par la situation, une ou plusieurs séances seront nécessaires.

- Sophronisation de Base Vivantielle.
- Sophro-déplacement du négatif.
- Sophro-activation vitale des 5 systèmes ISOCAY.
- Renforcement du positif : le pratiquant va se visualiser après avoir vécu l'évènement problématique, en se focalisant sur tous les sentiments positifs liés à l'accomplissement de cet évènement difficile, ainsi que toutes les sensations qui en découlent.
- Acceptation progressive de cet évènement : cette fois-ci, le pratiquant pense à tout ce qui précède cet évènement, sa préparation en tenant compte de tous ses ressentis, de tout ce qui arrive à son conscience en y pensant.
- Visualiser l'évènement lui-même : étape la plus délicate où le pratiquant va se mettre en situation de vivre la situation anxieuse. Il faut prendre le temps afin de ne pas le brusquer et ne pas le bloquer. Cette étape n'est pas toujours accessible dès la première séance. Le but est de conserver les sensations positives ressenties à l'étape du renforcement du positif, afin de pouvoir traverser la préparation de l'évènement difficile, ainsi que l'évènement en lui-même.

Cela se termine par une pause de totalisation, activation des trois capacités, désophronisation et phénodescription.

3.3.7. La Sophro-correction sérielle :

La Sophro-correction sérielle est une autre technique de futurisation. Elle permet, en plus de visualiser la situation difficile, de lui substituer une sensation ou une image positive. La différence avec la Sophro-acceptation progressive est ici que l'évènement, en plus d'être visualisé dans ses moindres détails, sera substitué par quelque chose d'agréable ce qui n'est pas le cas dans la Sophro-acceptation progressive, où on travaille sur le vécu de l'évènement difficile tel qu'il se présente, sans le substituer.

Le protocole de Sophro-correction sérielle est le suivant [75] :

- Anamnèse : importante dans toutes les techniques de futurisation. Elle doit être précise afin d'aboutir à une visualisation très précise de la situation à surmonter.
- Entraînement à la Sophro-substitution sensorielle : préalable indispensable car permet au sujet d'apprendre à substituer une sensation par une autre. Il faut donc que le sujet sache ce qu'il veut substituer et ce par quoi il va le substituer.

- Les 3 techniques clés : Sophronisation de Base Vivantielle, Sophro-déplacement du négatif et Sophro-activation vitale des 5 systèmes ISOCAY.
- Suite à cela, le pratiquant va visualiser et vivre l'évènement anxiogène. Il devra alors substituer les sensations angoissantes et les sentiments négatifs par d'autres, beaucoup plus positifs et agréables. Cette substitution peut prendre la forme que souhaite le pratiquant : sensation de douceur, de chaleur, image positive, une musique, une odeur etc. tant que cela est décidé par le pratiquant. Cela pourra se faire en une ou plusieurs séances selon l'anxiété vis-à-vis de l'évènement angoissant à venir.

Comme toujours, pause de totalisation, activation des trois capacités, désophronisation et phénodescription.

3.3.8. La Sophro-mnésie :

Cette technique appartient aux techniques de la RDC 3 qui ne sera pas détaillée ici. La RDC 3 est focalisée sur la rencontre entre le corps et l'esprit ainsi que sur la Prétérisation : capacité de la conscience à revivre le passé. La Sophro-mnésie est souvent réalisée lors de la première séance de travail sur la RDC 3.

La sophro-mnésie est une initiation à la prétérisation et consiste à laisser le cerveau se souvenir de son passé positif de façon libre. En effet, nous avons tendance à retenir le négatif que nous vivons en oubliant tout le positif. La Sophro-mnésie permet donc de travailler sur la pensée positive du sujet en réactivant des souvenirs positifs, ce qui permet de valoriser sa vie passée, afin de le remettre en confiance.

Son protocole est le suivant :

- Les trois techniques-clés : Sophronisation de Base Vivantielle, Sophro-déplacement du négatif et Sophro-activation vitale des 5 systèmes ISOCAY.
- Sophro-mnésie libre : pas de directivité, le sujet laisse son cerveau se souvenir de choses positives vécues. Le sujet gère sa respiration comme bon lui semble.
- Sophro-mnésie positive simple : elle survient quand le souvenir positif est trouvé, arrêt sur image et fixation sur ce souvenir et dialogue avec le sophrologue sur ce souvenir, en état Sophronique.
- Désophronisation.
- Dialogue post-sophronique : important ici, le sujet parle du souvenir évoqué et du ressenti suite à l'exercice.

3.3.9. La Sophro-analgésie et techniques associées :

3.3.9.1. Généralités :

On parle ici d'analgésie et non pas d'anesthésie car, cette dernière permet la disparition de toutes les sensations corporelles comme c'est le cas dans l'anesthésie générale. L'analgésie, elle, ne permet que d'agir sur la sensation douloureuse, en conservant toutes les autres.

L'analgésie et même l'anesthésie sont, pour beaucoup de patients, davantage source de stress que l'acte en lui-même et surtout en chirurgie-dentaire où la plupart de nos actes doivent se faire sous analgésie locale. Mais, celle-ci peut se révéler moins efficace que prévue chez certains patients particulièrement anxieux. La Sophrologie permet donc de réduire cette anxiété afin d'obtenir la pleine efficacité de nos anesthésiques.

De façon générale, la Sophrologie peut ici avoir 3 utilisations :

- La sophro-analgésie,
- Comme support de l'anesthésie locale ou loco-régionale,
- En complément de l'anesthésie générale / induction anesthésique [76].

Tout protocole commence ici par une anamnèse précise et détaillée afin de déceler les craintes, idées, représentations du sujet. Il faut ensuite détailler le protocole qui va suivre au patient afin de tester sa réceptivité.

S'en suivent deux à trois séances de Sophronisation de Base Vivantielle, afin que la patient la maîtrise et prenne conscience de son corps. Enchaîner avec la Technique Conditionnée qui permet de substituer une sensation désagréable par un geste ou ici, d'induire une situation agréable par un geste (Cf. 3.3.4.). Ce « geste-signal » permet un état de détente et de relaxation le jour de l'intervention.

3.3.9.2. Sophro-analgésie :

La Sophro-analgésie permet la réalisation de petites interventions chirurgicales ou certains soins dentaires si le sujet est bien réceptif. Dans de rares cas, le sujet est suffisamment réceptif pour atteindre un état sophronique assez profond pour permettre la réalisation d'interventions chirurgicales plus prononcées. Par contre, la sophro-analgésie via une sophronisation de base ne peut permettre une suppression complète de la sensation douloureuse. On va privilégier une Sophro-substitution sensorielle telle que vue au 3.3.3 : elle va faire suite à une Sophronisation de Base et substituera la douleur par une sensation de froid qui peut être plus facilement suggérée par l'application sur la zone concernée de glace par exemple [77].

Le Sophrologue, par son discours, va étendre cette sensation de froid à une zone plus large afin de couvrir la zone opératoire et davantage. Un test d'efficacité de la substitution doit être fait avant de procéder à l'intervention en elle-même : ce test peut être fait par une piqûre par exemple afin de voir la réaction du patient.

Il est possible de suggérer une autre sensation que le froid, le choix se fait selon l'indication. Par exemple, dans le cas d'une pulpite, il faut éviter de suggérer la fraîcheur ou le froid car, cela ne fera qu'empirer la douleur et les symptômes. Il faut privilégier une sensation d'engourdissement, de fourmillement qui rappellera au patient les sensations d'une analgésie locale.

3.3.9.3. Support de l'anesthésie locale ou loco-régionale :

Cela consiste à combiner l'injection d'un produit anesthésique en anesthésie locale ou loco-régionale avec une technique de Sophro-analgésie telle que détaillée au 3.3.9.2.

3.3.9.4. Complément de l'anesthésie générale :

Cela débute par une Sophronisation Simple (Cf. 3.1.) afin d'aboutir à un état de détente, de relaxation et surtout, de confiance entre le patient et l'équipe médicale. Cela va rendre le patient réceptif aux inductions à venir [78].

Par la suite, le discours du Sophrologue est basé sur des suggestions qui dureront tout le long de l'opération. Ces inductions concernent la mise en place du masque sur le visage ainsi que la diffusion du produit dans le corps et insistent bien sur la bonne efficacité de l'anesthésique. Cependant, il ne faut pas omettre de parler au patient des éventuels effets secondaires au réveil via des inductions positives relativisant leur apparition et leur importance. Poursuivre ces inductions positives jusqu'à la fin de l'opération.

3.3.10. En préparation à une opération chirurgicale :

Le but est ici, de diminuer l'anxiété vis-à-vis de l'opération en elle-même ainsi que vis-à-vis de la douleur. Plusieurs méthodes peuvent être utilisées en fonction du sujet et de la nature de l'opération, de son importance [79]: l'anamnèse est donc primordiale et s'attache à explorer le passé de l'individu afin de se faire une idée de ses craintes, angoisses et de leurs représentations. Cela dépend également de la personnalité du patient. On demande également au sujet d'aborder ses craintes actuelles et à venir afin de mettre des mots sur ses sentiments négatifs.

La plus simple est la Sophronisation de Base Vivantielle qui permet la prise en compte de la dimension anxieuse afin de l'accepter. Le but n'est pas ici de l'éliminer ce qui, dans tous

les cas, n'est pas possible et qui a même l'effet inverse. Accepter l'anxiété comme partie intégrante du sujet afin de la comprendre et de l'appivoiser.

D'autres techniques peuvent également être utilisées comme la Sophro-Substitution Sensorielle, technique de Présentation qui permet de substituer la sensation désagréable, douloureuse par quelque chose d'agréable (Cf. 3.3.3.) ; la Sophro-acceptation Progressive qui permet la Futurisation positive de la situation anxiogène (Cf. 3.3.6.) ; la Sophro-correction sérielle, autre technique de Futurisation qui permet en plus de la visualisation de la situation à venir, de substituer l'anxiété par une sensation agréable (Cf. 3.3.7.) ou encore la Sophro-mnésie, technique de Prétérisation qui permet au sujet de se remémorer son passé positif afin de prendre confiance (Cf. 3.3.8).

Initier le patient à la RDC 1 lui permet de relâcher les tensions (Cf. 3.3.1.) tandis que lui faire pratiquer la RDC 2 permet un travail sur le schéma corporel, la conscience extérieure et sur ses angoisses (Cf. 3.3.5.).

Ces techniques sont encore plus efficaces si le patient peut s'imprégner de l'atmosphère des lieux où va se dérouler l'opération, s'il peut visiter les locaux, la préparation de l'opération etc. afin de supprimer cette peur de l'inconnu.

3.3.11. En post-opératoire :

Une des autres inquiétudes de nos patients est la douleur post-opératoire qui, dépend du type d'acte réalisé mais, également, de chaque patient, la perception de la douleur étant propre à chaque individu. Face à cela, nous avons à notre disposition tout un arsenal pharmaceutique efficace mais, ne prenant pas en charge la composante psychologique de la douleur ce qui, peut rendre moins efficace ces médicaments par un phénomène psychologique. Le sujet étant inquiet à propos des douleurs post-opératoires, notre prescription s'en trouve décrédibilisée par le stress du patient. Diminuer ce stress permet donc dans un premier temps, de rassurer le sujet et de réduire ses inquiétudes par rapport à d'éventuelles douleurs post-opératoires. Cela aboutit à « renforcer » l'efficacité de notre prescription antalgique via l'effet placebo.

La Sophrologie peut également permettre une meilleure récupération.

La principale technique utilisée ici sera la Sophro-acceptation Progressive.

Les techniques de visualisation employées doivent se focaliser sur tout ce qui va se passer après l'opération : salle de réveil si anesthésie générale etc.

3.3.12. Pour les douleurs lombaires (praticien) :

Comme vu au 2.1.5.1., de nombreux chirurgiens-dentistes sont soumis à des douleurs lombaires et plus généralement aux troubles musculo-squelettiques (TMS) qui sont maintenant considérés comme des maladies professionnelles [80]. De plus, lorsque ces troubles apparaissent, aux douleurs s'ajoute une inquiétude, une anxiété vis-à-vis de l'état de santé qui se dégrade donc, une souffrance psychologique qui ne fait qu'aggraver les douleurs. Le praticien se retrouve donc confronté à un rythme de travail l'épuisant peu à peu. La sophrologie peut ici avoir un rôle prophylactique et permettre au sujet de se réappropriier son corps. Il faut ici travailler sur la perception du corps dans un premier temps puis, sur l'intégration du schéma corporel afin de dynamiser le sujet [81]. Ce premier temps se fait grâce à la RDC 1 et à la Sophro-Présence du Positif (ou Sophro-Présence Immédiate) : technique de présentation qui va permettre de renforcer le positif ainsi que la confiance en soi. Le protocole est identique à celui du Sophro-déplacement du Négatif sauf qu'au lieu d'expirer le négatif, on va inspirer le positif.

- Activation du positif : cela se fait par l'évocation d'un souvenir positif et inspiration en gardant ce souvenir positif en tête : inspiration de la Vivance positive.
- Premier système : poser les mains sur le front et, inspirer le positif, tête en arrière en contractant les muscles de la tête et du visage. Localiser les zones de tension et expirer, la tête droite, afin de projeter le positif dans tout le corps. Relâcher les muscles du premier système.
- Deuxième système : poser les mains sur la thyroïde ou tendre les bras à l'horizontal devant soi, les poings fermés puis, pencher la tête en avant. Inspiration de tout le positif en contractant les muscles du cou, de la nuque, des bras afin de localiser les zones de tension. Expirer pour envoyer le positif dans tout le corps. Relâchement des muscles.
- Troisième système : mains sur le sternum, les coudes, la poitrine et le haut du dos vers l'arrière. Inspiration du positif en contractant les muscles du système. Mise en tension des muscles et expiration du positif dans tout le corps. Relâchement.
- Quatrième système : mains au-dessus du nombril en appuyant légèrement. Inspiration en contractant toute la ceinture abdominale tout comme les muscles du dos. Inspiration du positif et mise en tension douce. Expiration et propagation du positif dans le corps. Relâcher les muscles du système.
- Cinquième système : placer les mains sur la région pelvienne : inspirer le positif et tension douce dans la région pelvienne et dans les membres inférieurs. Expirer et propager le positif. Détendre les muscles du système.
- Mégasystème : mains sur le point ombilical ou sur la nuque. Inspiration du positif en prenant conscience de la totalité de son corps et des éventuelles crispations restantes. Expirer et propager le positif dans le corps. Relâchement.
- Pause de totalisation et activation des trois capacités.
- Désophronisation et phénodescription.

Cet exercice permet de somatiser le positif pour s'en imprégner à l'inverse du Sophro-déplacement du négatif qui lui, permet de somatiser le négatif pour s'en débarrasser.

Cette technique qui fait suite à la RDC 1, permet donc de combiner Sophro-déplacement du Négatif et Sophro-présence du Positif, ce qui aboutit à renforcer la conscience en soi du sujet, son sentiment de bien-être et à aider à surmonter les situations difficiles à venir.

Cela peut être mis en place en 1 à 2 séances et aboutit à un développement de la pensée positive afin d'agir sur la composante psychologique des TMS. Cela permet également un meilleur repos et une meilleure récupération afin d'agir sur la composante physique par la respiration et la détente musculaire.

CONCLUSION

Traiter l'anxiété de nos patients est un impératif afin de prodiguer des soins de qualité et peut également être bénéfique pour le chirurgien-dentiste afin d'éviter que cette charge émotionnelle ne se répercute sur le praticien. Avec ses exercices et ses protocoles variés, la Sophrologie a donc diverses indications selon le cas clinique, selon le patient et, selon le praticien, que celui-ci soit néophyte ou, davantage formé en Sophrologie.

En effet, certains exercices exposés dans cet ouvrage sont faciles à mettre en place et ne demandent pas beaucoup d'efforts ni de temps de la part du praticien. Concernant le résultat, il sera variable en fonction des patients : certains ne seront pas du tout réceptifs à ces méthodes car, n'y croient tout simplement pas tandis que d'autres accepteront d'y passer un peu de temps car, motivés par cette alternative aux moyens médicamenteux et pharmaceutiques. Les patients sont en général de plus en plus volontaires avec l'avènement de toutes les formes de médecines douces à la différence qu'ici, la Sophrologie n'agit pas seule mais, comme aide à la mise en place d'un protocole scientifiquement prouvé et rigoureux. Dans tous les cas, le but de la Sophrologie reste le même, le développement personnel et la quête du bien-être.

A une époque où les procédures judiciaires intentées contre des professionnels de santé se multiplient et que celles-ci sont souvent dues à un manque de communication, intégrer des bases de Sophrologie à notre pratique peut être un pari gagnant afin d'améliorer les relations entre le praticien et sa patientèle et ainsi, favoriser le bien-être des deux.

Bibliographie

- [1] CAYCEDO A., Sofrologia médica. Barcelone : Aura ; 1974, 325 p.
- [2] SCHWAAR E., La sophrologie Caycédienne et sa pratique sociale et prophylactique en Suisse pendant plus de vingt ans, exposé pour l'Académie Suisse de formation en sophrologie Caycédienne ; 1996 Juin-Sept ; Suisse.
- [3] CHENE PA., Sophrologie Tome 1, Fondements et méthodes. Paris ; 2011. F 6, Sources et origines de la Sophrologie Caycédienne ; p42.
- [4] GIACOBBE JC., Comment devenir un bouddha en cinq semaines. Paris : First Editions ; 2010, 168p.
- [5] PLATON., Oeuvres complètes I. Paris ; Bibliothèque de la Pléiade, 1472 p.
- [6] CHENE PA., Sophrologie Tome 1, Fondements et méthodes. Paris : Ellebore Editions ; 2011, 624p.
- [7] LOCKERT O., Hypnose. 3^{ème} édition. Paris. IFHE Editions, 696p.
- [8] MORICE V., Chapitre 1 – Méthodes de relaxation. [En ligne].
<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation1/POLY.Chp.1.html>. Consulté le 26 novembre 2014.
- [9] MORICE V., Chapitre 1 – Méthodes de relaxation. [En ligne].
<http://www.chups.jussieu.fr/polysPSM/psychomot/relaxation1/POLY.Chp.1.html>. Consulté le 26 novembre 2014.
- [10] CHENE PA., Sophrologie Tome 2, Champs d'applications. Paris : Ellebore Editions ; 2012, 544p.
- [11] GAMBOA H., Rythme cérébral. [En ligne].
http://fr.wikipedia.org/wiki/Rythme_cérébral. Consulté le 26 novembre 2014.
- [12] STOYVA JM., BUDZYNSKI TH., Biofeedback methods in the treatment of anxiety and stress disorders. Dans : Woolfolk R., Lehrer P., éditeurs, Principles and Practice of Stress Management (2nd Ed). New-York : Guilford.
- [13] BASTE N., Aide-mémoire sophrologie en 68 notions. Paris ; 2014. F 9.1, Schéma de base ; p37.
- [14] CHENE PA., Sophrologie Tome 1, Fondements et méthodes. Paris ; 2011. F 16, Sophronisation et Activation Intra-Sophronique, ABC ; p103.
- [15] CHENE PA., Sophrologie Tome 1, Fondements et méthodes. Paris ; 2011. F 19, Deuxième « théorie-clé » : Théorie Caycédienne de la Conscience ISOCAY ; p116.

- [16] SOPHRORELAXOLOGUE., La Sophrologie ?. [En ligne].
<http://sophrorelaxologue.blogspot.fr>. Consulté le 26 novembre 2014.
- [17] CHENE PA., Le principe du schéma corporel comme réalité vécue. Dans : CHENE PA. 5^{ème} éd. Sophrologie Tome1, Fondements et méthodes. Paris : Ellebore Editions ; 2011, 133-135.
- [18] BASTE N., Les principes fondamentaux : le schéma corporel comme réalité vécue. Dans : BASTE N. Aide-mémoire sophrologie en 68 notions. Paris : Dunod ; 2014, 38-40.
- [19] CHENE PA., Le principe du schéma corporel comme réalité vécue. Dans : CHENE PA. 5^{ème} éd. Sophrologie Tome1, Fondements et méthodes. Paris : Ellebore Editions ; 2011, 133-135.
- [20] BASTE N., Les principes fondamentaux : le principe d'action positive. Dans : BASTE N. Aide-mémoire sophrologie en 68 notions. Paris : Dunod ; 2014, p41.
- [21] SOPHRORELAXOLOGUE., La Sophrologie ?. [En ligne].
<http://sophrorelaxologue.blogspot.fr>. Consulté le 26 novembre 2014.
- [22] CHENE PA., Relaxation dynamique du premier degré : vivre son corps avec la sophrologie. Paris ; Ellebore Editions ; 2014. F7, Les systèmes ; p28-29
- [23] CHENE PA., Relaxation dynamique du premier degré : vivre son corps avec la sophrologie. Paris ; Ellebore Editions ; 2014. F3, Les douze degrés de la relaxation dynamique ; p14-15
- [24] CHENE PA., Relaxation Dynamique du premier degré. Vivre son corps avec la sophrologie. Paris ; Ellebore Editions ; 2014. Les trois techniques clés ; p49.
- [25] LAROUSSE., Encyclopédie Larousse en ligne, [En ligne].
<http://www.larousse.fr/encyclopedie/rechercher?q=stress>. Consulté le 07 décembre 2014
- [26] LAZARUS R., FOLKMAN S., Stress, Appraisal, and Coping, New York : Springer Publishing Company ; 1984, 426 p.
- [27] CRESPIY J., Stress et psychopathologie du travail. Cahiers de notes documentaires, 3^{ème} trimestre 1984 ; n°116 : p.353-362.
- [28] OMS. [En ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>. Consulté le 07 décembre 2014.
- [29] JOSSE E., Le stress, quelques repères notionnels. [En ligne]. http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/le_stress.pdf. Consulté le 07 décembre 2014.
- [30] ORDISPORT, Les différentes formes de stress. [En ligne] <http://www.ordisport.fr/les-differentes-formes-de-stress/>. Consulté le 10 décembre 2014.

- [31] JOSSE E., Le stress, quelques repères notionnels. [En ligne]. http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/le_stress.pdf. Consulté le 10 décembre 2014.
- [32] MARMOT M., Social resources and health. Dans : KESSEL F., ROSENFIELD PL., ANDERSON NB, Expanding the boundaries of health and social science. New York : Oxford University Press ; 2003. p.259-285.
- [33] COHEN S., TYRELL DA., SMITH AP., Psychological stress and susceptibility to the common cold. N. Engl. J. Med. 1991;325:606-612.
- [34] HARBUZ MS., CHOVER-GONZALEZ AJ., JESSOP DS. Hypothalamo-pituitary-adrenal axis and chronic immune activation. Ann. NY Acad. Sci. 2003 ; 992 : 99-106.
- [35] KLEIN TW., Stress and infections. J. Fla. Med. Assoc. 1993 ; 80(6) : 409-411.
- [36] LESERMAN J., PETTITO JM, GOLDEN RN, GAYNES BN, GU H, PERKINS DO. The impact of stressful life events, depression, social support, coping and cortisol on progression to AIDS. Am. J. Psychiatry. 2000 ; 57 : 1221-1228.
- [37] MILLER GE., COHEN S., RITCHEY AK., Chronic psychological stress and regulation of pro-inflammatory cytokines : a glucocorticoid-resistance model. Health Psychol. 2002 ; 21 : 531-541.
- [38] SCHNEIDERMAN N., IRONSON G., SIEGEL SD., Stress and health : psychological, behavioral and biological determinants. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2005 ; 1 : 607-628.
- [39] VEREECK E. Les dents temple de l'âme. Aix-en-Provence : Editions Luigi Castelli ; 2006, 391p.
- [40] AMZALAG A., COCHET R. Les nouveaux codes de la relation chirurgien-dentiste / patient. L'information dentaire. 2011;19:36-40.
- [41] GAUTHERON M., Le burnout chez les chirurgiens-dentistes. Thèse d'exercice de chirurgie-dentaire. Université Claude Bernard – Lyon I ; 2012, 63p.
- [42] CARON A., Les différents facteurs de stress du chirurgien-dentiste : concepts généraux et spécificités. Thèse d'exercice de chirurgie-dentaire. Université Toulouse 3 ; 2004, 128p.
- [43] INSERM. Douleur. [en ligne]. <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur>. Consulté le 03 avril 2015.
- [44] WIKIPEDIA. Douleur psychogène. [en ligne]. http://fr.wikipedia.org/wiki/Douleur_psychogène. Consulté le 03 avril 2015.
- [45] INSTITUT NATIONAL DU CANCER. De la douleur aiguë à la douleur chronique. [en ligne]. <http://www.e-cancer.fr/cancerinfo/qualite-de-vie/douleur/douleur-aigue-chronique>. Consulté le 03 avril 2015.

- [46] FONDATION POUR LA RECHERCHE MEDICALE. Douleur. [en ligne]. <http://www.frm.org/dossiers-17.html>. Consulté le 03 avril 2015.
- [47] MON PARTENAIRE SANTE. Evaluation de l'intensité de la douleur chez l'adulte. [en ligne]. <http://www.mon-partenaire-sante.com/sites/mon-partenaire-sante.com/files/douleur.gif>. Consulté le 03 avril 2015.
- [48] MELZACK R., WALL PD., Pain mechanisms : a new theory , *Science* 1965;150:971-979.
- [49] TURK DC., A diathesis-stress model of chronic pain and disability following traumatic injury. *Pain Res Manage* 2002 ; 7 (1) : 9-19.
- [50] TURK DC., A diathesis-stress model of chronic pain and disability following traumatic injury. *Pain Res Manage* 2002. F1, Diathesis-stress model of chronic pain and disability following trauma ; p11.
- [51] CHEDEAU G., La sophrologie Caycédienne et la médecine praticienne de ville. Dans : CHENE PA. *Sophrologie Tome 2, Champs d'applications*. Paris : Ellebore Editions ; 2012, p90.
- [52] CHEDEAU G., La sophrologie Caycédienne et la médecine praticienne de ville. Dans : CHENE PA. *Sophrologie Tome 2, Champs d'applications*. Paris : Ellebore Editions ; 2012, p89.
- [53] DEBELLE M., La sophrologie Caycédienne et la médecine praticienne de ville. Dans : CHENE PA. *Sophrologie Tome 2, Champs d'applications*. Paris : Ellebore Editions ; 2012, p334.
- [54] MERCANDETTI M., Local anesthesia with sedation. [en ligne]. <http://emedicine.medscape.com/article/1817607-overview>. Consulté le 07 avril 2015.
- [55] LES GRANDS DOSSIERS DES SCIENCES HUMAINES, Apprendre à vivre. Des philosophies antiques au développement personnel 2011 ; 23 : p76.
- [56] MENU C., Apport de la sophrologie dans le traitement des lombalgies. Congrès CHIREC ; 2 février 2013. Anderlecht. [en ligne] http://edithcavell.chirec.be/public/uploaded/Evenements/Congres_colloques_seminaires/Lombalgies/SOPHROLOGIE_LOMBALGIES_-_CM-CHIREC-2-2-2013.pdf. Consulté le 07/04/15.
- [57] WIKIPEDIA. Sophrologie Caycédienne. [en ligne]. http://fr.wikipedia.org/wiki/Sophrologie_cayc%C3%A9dienne#Formation_au_master_sp.C3.A9cialiste_en_sophrologie_cayc.C3.A9dienne. Consulté le 12/04/15.
- [58] CHAMBRE SYNDICALE DE LA SOPHROLOGIE. Diplômes. <http://www.chambre-syndicale-sophrologie.fr/informations/diplome-etat-certificat-rcnp-sophrologue>. Consulté le 12/04/15.

- [59] CHEDEAU G., La sophrologie Caycédienne et la médecine pratique de ville. Dans CHENE PA. Sophrologie Tome 2, Champs d'applications. Paris : Ellebore Editions ; 2012, p330.
- [60] FOUCHE B., Sophrologie et médecine générale. Dans : ETCHELECOU B., Sophrologie : applications thérapeutiques. Paris : InterEditions ; 2012, p.10.
- [61] SCHWARR E, SCHWAAR P., Sophrologie prophylactique pour adultes. Dans : CHENE PA. Sophrologie Tome 2, Champs d'applications. Paris : Ellebore Editions ; 2012, p330.
- [62] BASTE N., Sophrologie et préparation à la naissance, préparation à la maternité. Dans : BASTE N. Aide-mémoire sophrologie en 68 notions. Paris : Dunod ; 2014, 203-204.
- [63] BASTE N., Première technique-clé : Sophronisation de Base. Dans : BASTE N. Aide-mémoire sophrologie en 68 notions. Paris : Dunod ; 2014, 66-74.
- [64] LOUSSOUARN T., Une Sophronisation de Base : les espaces + Sophro-respiration Synchronique. [en ligne]. <http://sophro.hautetfort.com/archive/2014/01/06/1-une-sophronisation-de-base-les-espaces-sophro-respiration-5264053.html>. Consulté le 05/08/15.
- [65] CHENE PA., Relaxation Dynamique du premier degré. Vivre son corps avec la sophrologie. Paris ; Ellebore Editions ; 2014. Les trois techniques clés ; p45-51.
- [66] CHENE PA., Sophrologie Tome 1, Fondements et méthodes. Paris ; 2011, Deuxième « technique-clé » : Sophro-déplacement du négatif des 5 systèmes ISOCAY (SDN-SI) ; p197.
- [67] BASTE N., Troisième technique-clé : Sophro-Acceptation Vitale. Dans : BASTE N. Aide-mémoire sophrologie en 68 notions. Paris : Dunod ; 2014, 78-79.
- [68] CANAL UNIVERS. La Relaxation Dynamique en Sophrologie. [en ligne]. <http://www.canalunivers.com/la-relaxation-dynamique-en-sophrologie>. Consulté le 06/08/15.
- [69] CHENE PA., Relaxation Dynamique du premier degré. Vivre son corps avec la sophrologie. Paris ; Ellebore Editions ; 2014. Les exercices vivantiels de la RD1 ; p65.
- [70] JASSEY C. Respiration Synchronique. [en ligne]. <http://www.isi-life.com/blog/respiration-synchronique>. Consulté le 08/08/15.
- [71] CHENE PA., Sophrologie Tome 1, Fondements et méthodes. Paris ; 2011, Technique Conditionnée (TC). Geste-signal ; p282.
- [72] CANAL UNIVERS. La Relaxation Dynamique en Sophrologie. [en ligne]. <http://www.canalunivers.com/la-relaxation-dynamique-en-sophrologie>. Consulté le 09/08/15.
- [73] SOPHROLOGIE-INFO. Les autres techniques et méthodes en Sophrologie. [en ligne]. http://www.sophrologie-info.com/techniques_suite1.htm. Consulté le 09/08/15.
- [74] BASTE N., Aide-mémoire sophrologie en 68 notions. Paris ; 2014, Technique de Futurisation n°1 : Sophro-acceptation Progressive (SAP) ; 147-149.

[75] CHENE PA., Sophrologie Tome 1, Fondements et méthodes. Paris ; 2011, Sophro-Correction Sérielle (SCS) ; p340.

[76] MONFRAIS J-L., Sophrologie et anesthésie. Dans : CHENE PA. Sophrologie Tome 2, Champs d'applications. Paris : Ellebore Editions ; 2012, p104.

[77] QUELET J., Analgésie. Dans : CHENE PA. Sophrologie Tome 2, Champs d'applications. Paris : Ellebore Editions ; 2012, p107.

[78] HERREMAN N, Sophrologie et soins infirmiers. Dans : ETCHELECOU B. Sophrologie : applications thérapeutiques. Paris : InterEditions ; 2012, p125.

[79] QUELET J., Préparation à une intervention chirurgicale. Dans : CHENE PA. Sophrologie Tome 2, Champs d'applications. Paris : Ellebore Editions ; 2012, p113.

[80] L'ASSURANCE MALADIE. Troubles musculo-squelettiques (TMS). [en ligne]. <http://www.ameli-sante.fr/troubles-musculo-squelettiques-tms/definition-troubles-musculo-squelettiques.html>. Consulté le 17/08/15.

[81] BASTE N., Sophrologie au travail : les troubles musculo-squelettiques (TMS). Dans : BASTE N. Aide-mémoire sophrologie en 68 notions. Paris : Dunod ; 2014, 260-262.

Th. D. : Chir. Dent. : Lille 2 : Année [2015] – N°:

Intérêts et applications de la sophrologie au cabinet dentaire / **DEGLORIE Johann** -
101 p. : 17 ill. ; 81 réf.

Domaines : Communication – PNL.

Mots clés Rameau: Gestion du stress, Odontalgie, Sophrologie.

Mots clés FMeSH: Analyse du stress dentaire, Odontalgie, Thérapies complémentaires.

Mots-clés libres : Douleurs, Sophrologie, Stress.

En chirurgie-dentaire, le contrôle de la douleur est une préoccupation aussi bien pour le patient que pour le praticien. Malgré les progrès des techniques d'anesthésie, d'analgésie et de « contrôle » de la douleur, la visite chez le chirurgien-dentiste est souvent source d'angoisses et de stress pour les patients et ce, dès le plus jeune âge, parfois même avant le premier contact avec le praticien.

Le patient a donc tendance à reporter les soins jusqu'au stade fatidique de l'urgence dentaire où, confronté à un mur, il doit finalement se résoudre à aller se soigner et affronter la source de ses angoisses. Ceci augmente son stress, ce qui joue sur sa perception de la douleur et conduit au final, dans la majorité des cas, à accentuer la vision négative qu'il a de la profession.

Mais, cette problématique du stress ne touche pas que les patients : ce problème est bilatéral et affecte également les praticiens, le stress du soigné se répercutant inévitablement sur le soignant. En effet, notre profession est en évolution avec un taux important de stress et d'épuisement professionnel ou « burn out », avec un taux de suicides et de procès intentés en augmentation. Ceci aboutit à rendre le métier de plus en plus exigeant, contraignant et donc stressant.

Afin de répondre à ce problème, de nombreuses solutions ont été proposées et envisagées dont la sophrologie. Mais, qu'est-ce que la sophrologie? Quels sont ses principes, ses bases et ses techniques? Quels intérêts peuvent-y trouver le patient et le praticien? Comment peut-elle réellement servir notre pratique?

JURY :

Président : **Madame le Professeur Elisabeth DELCOURT – DEBRUYNE**

Assesseurs : **Madame le Docteur Emilie DEHAYNIN – TOULET**

Monsieur le Docteur Jérôme VANDOMME

Madame le Docteur Françoise CATHALA