

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

ANNÉE 2015

2015 TOU3-3018

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

GOMEZ Claire

Le jeudi 19 Mars 2015

L'UTILISATION DE L'HYPNOSE EN ENDODONTIE

Directeur de thèse : Docteur DIEMER Franck

JURY

Président :	Professeur POMAR Philippe
Assesseur :	Docteur DIEMER Franck
Assesseur :	Docteur NOIRRIT Emmanuelle
Assesseur :	Docteur GURGEL GEORGELIN Marie



Faculté de Chirurgie Dentaire

→ DIRECTION

ADMINISTRATEUR PROVISOIRE

Mr Hugues CHAP

ASSESEURS DU DOYEN

♦ ENSEIGNANTS :

Mr CHAMPION Jean
Mr HAMEL Olivier
Mr POMAR Philippe

♦ PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE :

Mme GRIMOUD Anne-Marie

♦ ÉTUDIANT :

Mr HAURET-CLOS Mathieu

CHARGÉS DE MISSION

Mr PALOUDIER Gérard
Mr AUTHER Alain

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme MORICE Marie-Christine

→ PERSONNEL ENSEIGNANT

56.01 PÉDODONTIE

Chef de la sous-section : Mr VAYSSE

Professeur d'Université :	Mme BAILLEUL-FORESTIER
Maîtres de Conférences :	Mme NOIRRIT-ESCLASSAN, Mr VAYSSE
Assistants :	Mme DARIES, Mr MARTY
Chargés d'Enseignement :	Mr DOMINÉ

56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Chef de la sous-section : Mr BARON

Maîtres de Conférences :	Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG
Assistants :	Mme GABAY-FARUCH, Mme OBACH-DEJEAN, Mme YAN-VERGNES
Chargés d'enseignements :	Mme MECHRAOUI, Mr MIQUEL

56.03 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

Chef de la sous-section : Mr HAMEL

Professeur d'Université :	Mme NABET, Mr PALOUDIER, Mr SIXOU
Maître de Conférences :	Mr HAMEL, Mr VERGNES
Assistant :	Mlle BARON
Chargés d'Enseignement :	Mr DURAND, Mr PARAYRE

→ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr LAGARRIGUE Jean
Mr LODTER Jean-Philippe
Mr PALOUDIER Gérard
Mr SOULET Henri

→ ÉMERITAT

Mme GRÉGOIRE Geneviève
Mr PALOUDIER Gérard

57.01 PARODONTOLOGIE***Chef de la sous-section : Mr BARTHET***

Maitres de Conférences : Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN
 Assistants : Mr MOURGUES, Mme VINEL
 Chargés d'Enseignement : Mr CALVO, Mr LAFFORGUE, Mr SANCIER

57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION***Chef de la sous-section : Mr CAMPAN***

Professeur d'Université : Mr DURAN
 Maitres de Conférences : Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY
 Assistants : Mme BOULANGER, Mme CROS, Mr EL KESRI
 Chargés d'Enseignement : Mr FAUXPOINT, Mr L'HOMME, Mme LABADIE

57.03 SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE)***Chef de la sous-section : Mr KEMOUN***

Professeurs d'Université : Mme DUFFAUT
 Maitres de Conférences : Mme GRIMOUD, Mr KEMOUN, Mr POULET
 Assistants : Mr BARRAGUÉ, Mme DUBOSC, Mme PESUDO, Mme SOUBIELLE
 Chargés d'Enseignement : Mr BLASCO-BAQUE, Mr SIGNAT, Mme VALERA

58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE***Chef de la sous-section : Mr GUIGNES***

Maitres de Conférences : Mr DIEMER, Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE
 Assistants : Mr ARCAUTE, Mr BONIN, Mr BUORO, Mme DEDIEU, Mme DUEYMES, Mr MICHETTI
 Chargés d'Enseignement : Mr BALGUERIE, Mr ELBEZE, Mr MALLET

58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)***Chef de la sous-section : Mr CHAMPION***

Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR
 Maitres de Conférences : Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCLASSAN, Mme VIGARIOS
 Assistants : Mr CHABRERON, Mr GALIBOURG, Mr HOBEILAH, Mr KNAFO, Mme SELVA
 Chargés d'Enseignement : Mr BOGHANIM, Mr DESTRUHAUT, Mr FLORENTIN, Mr FOLCH, Mr GRENASSIA, Mme LACOSTE-FERRE, Mr RAYNALDY, Mr GINESTE

58.03 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE***Chef de la sous-section : Mme JONIOT***

Professeurs d'Université : Mme GREGOIRE
 Maitres de Conférences : Mme JONIOT, Mr NASR
 Assistants : Mr CANIVET, Mme GARNIER, Mr MONSARRAT
 Chargés d'Enseignement : Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mr ETIENNE, Mme MAGNE, Mr TREIL, Mr VERGÉ

*L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
 (Délibération en date du 12 mai 1891).*

Mise à jour au 1^{er} janvier 2015

REMERCIEMENTS

À mes parents,

Vous avez toujours été là pour moi, vous m'apportez tellement et je ne vous le dis pas assez souvent : merci. Merci de m'avoir supporté, surtout pendant cette première année, c'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui. Maintenant je pars vivre sur Lyon, papa tu pourras venir prendre le café le midi quand tu auras le temps. Je vous embrasse, vous êtes des parents géniaux.

À mes grands parents,

Je ne réalise pas la chance que j'ai de vous avoir tous les quatre. Jamais je n'oublierai toutes ces fêtes de famille passées à Belesta, j'espère être comme vous plus tard et faire d'aussi bonnes tartes aux pommes que mamie ! Mami, Papi de Eaunes, même si on ne se voit pas souvent, je pense bien à vous.

À ma syster et mon frérot,

Ju, Maxou, qu'est ce qu'on a pu rigoler quand on était petits et aussi se taper dessus ! Je vous adore et j'espère qu'on se verra souvent dans les années à venir. Paul tu fais maintenant parti de la famille, prends bien soin de Ju. Maxou, tu vas devenir le roi des énergies et du ski, à quand un petit séjour dans les Alpes ?

À mon François,

Merci d'être là pour moi, on va vivre une nouvelle aventure à Lyon, je vous souhaite que du bonheur. Et n'oublies pas que tu es le meilleur, tu es trop calé en powerpoint, merci de ton aide mi amor ! Love you.

À toute la famille Pedegert,

Bernard, Geneviève, merci pour ces bons moments passés à Pau. Et Lise, Loic je vous souhaite beaucoup de bonheur pour la suite dans votre grande maison à Garlin city.

À mes meilleures copines depuis la maternelle,

Line Et Elo, qu'est ce que je ferais sans vous ? Nous avons pris des chemins différents mais on ne s'est jamais quittées. Je me souviendrai toute ma vie de tous ces bons moments passés ensemble au ski, dans les randos (avec notre lolo qui boude un peu), dans les soirées, dans nos voyages (d'ailleurs il faut fixer le prochain) où tout simplement à la maison. Merci ma linette de m'avoir fait rencontré François, je t'en dois une !

À mes nouvelles copines,

Tout d'abord ma binôme préférée, Caro, Bobby, avec qui j'ai partagé d'excellents moments en clinique, sur les bancs des amphs, en TP. Garde ta bonne humeur, ne change pas et je pense qu'on est parties pour se revoir pendant longtemps !

Mathilde, je peux dire que je connais toutes tes manies après avoir vécu 2 mois avec toi à la Réunion. Cela me laisse d'excellents souvenirs et on est d'attaque pour cette année 2015 ! Il me tarde de te voir danser la salsa, un rock endiablé dans les bras du prince charmant !

Delphine, Dédé, je suis heureuse de t'avoir rencontrée, on aura quand même bien rigolé surtout durant cette dernière année à l'Hôtel Dieu ! J'espère qu'on ne se perdra pas de vu, n'oublie pas ta gogo love.

Fleur, Marina, Laura, Sonia, je ne peux vous souhaiter que de bonnes choses pour l'avenir, Marina va falloir quitter le nid !!

À tous les amis de promo,

Claire DD, Chatoune, Jachon, Iskander, Lizza, Jérèm, Jean Camille, Antoine, oh yeah !

À UPS 2, Sylvain le coach

J'ai passé d'excellents moments au hand, avec les plus anciennes, Cha, Momo, Mado et Ophé. La saison n'est pas finie et je vais essayer d'être là pour les derniers matchs, on a intérêt à se bouger les meufs !! Et n'oubliez pas le super cri de guerre...Pour UPS 2 yeahhh...

À Joelle,

Tu nous as très gentiment accueillis ; j'ai finalisé ma thèse chez toi.

À Franck Diemer,

Merci de m'avoir aidé, tu as été très disponible malgré ton planning chargé. Merci pour l'enseignement que tu nous as donné. Travailler avec toi a été un plaisir.

Aux Dr Yves Halfon, Kenton Kaiser, Claude Parodi, merci pour votre aide.

À tous les Praticiens qui ont répondu aux questionnaires.

Enfin à Jérémy,

Tu nous as quittés bien trop tôt. Jamais je ne t'oublierai et je garderai en mémoire ces rocks que tu m'as fait danser lors des galas, soirées, apéros...

À notre Président du Jury

Monsieur le Professeur **POMAR Philippe**

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
-Vice-Doyen de la Faculté de Chirurgie Dentaire de Toulouse,
-Lauréat de l'Institut de Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale de la Salpêtrière,
-Habilitation à Diriger des Recherches (H.D.R.),
-Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

*Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.
Nous exprimons notre reconnaissance pour votre prodigieuse expérience, pour votre
approche humaine ainsi que vos talents de professeur.
Nous tenons également à vous remercier pour votre implication dans le bon déroulement de
nos études ainsi que pour le soutien apporté à vos étudiants durant toutes ces années.*

Soyez assuré de notre considération et de notre plus profond respect.

À notre Jury de thèse

Madame le Docteur **ESCLASSAN NOIRRIT Emmanuelle**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Ancienne Interne des Hôpitaux,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier.

*Vous nous faites l'honneur et le plaisir de siéger à notre jury de thèse.
Nous vous remercions pour votre enseignement de qualité, votre implication clinique et votre
grande générosité et gentillesse auprès des étudiants.*

Veillez trouver ici la marque de notre respect et de notre estime.

À notre Jury de thèse

Madame le Docteur **GEORGELIN GURGEL Marie**

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

*Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de siéger dans notre jury.
Merci pour votre compétence et votre sens pédagogique tant universitaire que clinique ainsi
que pour l'intérêt que vous avez porté à notre égard.*

Veillez trouver ici la marque de notre respect et notre estime.

À notre Directeur de thèse

Monsieur le Docteur **DIEMER Franck**

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- D.E.A. de Pédagogie (Education, Formation et Insertion) Toulouse Le Mirail,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Responsable du Diplôme Inter Universitaire d'Endodontie à Toulouse,
- Habilitation à diriger des recherches (H.D.R.),
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail et de m'avoir accompagné tout le long de mon cursus universitaire. Vous m'avez beaucoup apporté, merci de nous faire profiter de vos qualités professionnelles et pédagogiques.

Je vous suis reconnaissante de m'avoir conseillée, encouragée avec grande patience, compétence.

Ce fut un véritable plaisir d'avoir pu travailler sous votre direction.

Veillez trouver l'assurance et le témoignage de toute la gratitude et de l'amitié que je porte à votre égard.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	14
CHAPITRE I. Généralités sur l'hypnose	15
1. Milton H. Erickson.....	15
2. Définitions de l'hypnose	16
3. Réponses à des interrogations	17
3.1. Quelle est la différence entre hypnose et méditation/yoga ?.....	17
3.2. Avons-nous des preuves scientifiques sur l'utilisation de l'hypnose en France aujourd'hui ?.....	18
3.3. Quelles sont les limites ?.....	18
3.4. Les préjugés :.....	19
CHAPITRE II. Induction du processus hypnotique	22
1. Observation du patient, préparation.....	22
2. La Communication.....	22
3. Phase d'induction.....	23
3.1. Dépotentialisation de la conscience.....	23
3.1.1. La fixation oculaire et/ou la fermeture des yeux.....	23
3.1.2. Le VAKOG	24
3.1.3. La confusion	26
3.2. La dissociation.....	26
3.2.1. Truisme	26
3.2.2. Suggestion	27
3.2.3. Le nulle part confortable.....	27
3.2.4. Double lien	28
3.2.5. La négation.....	28
3.2.6. Le questionnement.....	28
3.2.7. Le saupoudrage.....	29
3.2.8. Les métaphores.....	29

CHAPITRE III. L'hypnose dans le contrôle de la douleur	31
1. La Douleur.....	31
1.1. Définition	31
1.2. Caractéristiques	32
2. Hypnose et contrôle de la douleur	33
2.1. La suggestion.....	33
2.2. L'amnésie	33
2.3. L'analgésie	33
2.4. L'anesthésie.....	34
2.5. La substitution	34
2.6. Le déplacement.....	34
2.7. La dissociation.....	35
2.8. La réinterprétation.....	35
2.9. Le fractionnement.....	35
2.10. La distorsion dans le temps.....	36
3. L'autohypnose	36
 CHAPITRE IV. Utilisation de l'hypnose en endodontie	 38
1. Pathologies rencontrées.....	39
2. L'anxiété.....	39
2.1. Définitions	39
2.2. Facteurs de l'anxiété :	40
2.2.1. Facteurs Objectivables	40
2.2.2. Facteurs Psychologiques	40
3. Stratégies thérapeutiques.....	41
3.1. La relation soignant/soigné	41
3.2. Evaluer la douleur.....	41
3.3. Evaluer le degré d'anxiété du patient.....	42
4. L'apport de l'hypnose	45
4.1. Diminution de l'utilisation des anesthésiques	45
4.1.1. Anesthésiques locaux.....	45
4.1.2. Anesthésiques généraux.....	46
4.2. Gestion de la douleur aigue	47
4.2.1. Technique utilisée.....	47
4.2.2. Suggestions post hypnotiques	47

4.3. La gestion du saignement de la salivation.....	48
5. La résistance	49
CHAPITRE V. Évaluation de l’hypnose dans la pratique libérale et hospitalière.....	51
1. Matériel et Méthode.....	51
2. Questionnaire.....	52
3. Analyse des résultats.....	53
3.1. Raisons de formations.....	53
3.2. Début d’utilisation	53
3.3. Fréquence d’utilisation.....	53
3.4. Les situations dans lesquelles l’hypnose est utilisée	54
3.5. La part des effets bénéfiques et des échecs	54
3.6. L’apport de l’hypnose pour le praticien.....	55
3.7. L’apport de l’hypnose pour le patient.....	55
3.8. Ville et année de formation	56
3.9. Âge et Sexe.....	56
3.10. Formations complémentaires.....	56
4. Discussion	57
CONCLUSION.....	58
BIBLIOGRAPHIE	59

INTRODUCTION

Bien que l'évolution du matériel ait permis une amélioration des conditions de travail du chirurgien dentiste sur le plan physique, nombre de contraintes psychologiques demeurent. Il semble donc nécessaire d'avoir une prise en charge dans la gestion de l'anxiété en relation avec l'environnement de travail et avec la douleur.

L'hypnose est aujourd'hui de plus en plus utilisée dans la pratique médicale pour prendre en charge l'anxiété des patients mais aussi combattre la douleur et réduire l'utilisation des anesthésiques (notamment éviter l'anesthésie générale). Cependant de nombreux professionnels craignent son utilisation et de nombreux patients ont des idées reçues sur le sujet : réalité scientifique ou charlatanisme ?

Ce travail a pour objectif de présenter un outil thérapeutique de choix dans la gestion de la douleur et de l'anxiété dans la pratique odontologique et plus particulièrement en Endodontie. La partie initiale de ce travail aborde les généralités sur l'hypnose et l'induction du processus hypnotique. Ensuite, l'intérêt de l'utilisation de l'hypnose en endodontie est décrit. Enfin, une étude sur les praticiens formés depuis 5 ans par l'association Hypnoteeth a été réalisée.

CHAPITRE I. GÉNÉRALITÉS SUR L'HYPNOSE

1. Milton H. Erickson

Milton H Erickson naît en 1901 dans le Nevada, en pleine conquête de l'Ouest. Quelques années plus tard, sa famille se déplace vers l'est dans le Wisconsin, et s'y installe après avoir acheté une ferme.

Il faut mentionner qu'à deux reprises, il connut des atteintes poliomyélitiques, à dix sept ans et à cinquante et un ans, qu'il était dyslexique, daltonien et éprouvait des difficultés à reconnaître les sons. Cela implique qu'il savait ce que signifiait apprendre et réapprendre.

Il a affronté toutes ces difficultés seul, dans un constant apprentissage, grâce à ses capacités d'invention dont il se servira toute sa vie ainsi que grâce à l'obstination qui lui permettait par exemple de lire et relire un dictionnaire pour trouver le mot qu'il cherchait.

C'est surtout suite à la première attaque de poliomyélite qu'il découvre et utilise ce qu'il appellera plus tard l'autohypnose. Il raconte qu'un jour cloué dans son fauteuil, il éprouve le désir de se rapprocher de la fenêtre pour voir ce qu'il se passe dehors. Il comprit que par la volonté, il avait réussi à mobiliser certains faisceaux musculaires jusque là paralysés.

En se remémorant ses gestes antérieurs, ainsi qu'en observant les mouvements de sa jeune sœur qui apprenait à marcher, il réapprit à coordonner sa motricité et recouvra en moins d'un an d'efforts acharnés, pratiquement l'ensemble de ses capacités musculaires.

Erickson commence à étudier l'hypnose en 1923, celle-ci est « coincée » entre la psychanalyse et la psychologie expérimentale.

Il est l'élève de Hull mais très vite il va s'opposer en développant l'idée que l'hypnose est considérée comme une expérience à la fois éminemment personnelle et à la fois unique dans la mise en œuvre de ces capacités jusque là inexploitées. Hull, lui, pense pouvoir développer une technique standardisée d'induction hypnotique, il estime que ce qui importe c'est la conviction du thérapeute.

Il passe de longues années à mettre en place des expérimentations qui s'ordonnent toujours autour d'une conception de l'hypnose en tant que phénomène naturel et d'un abord permissif indirect de l'induction hypnotique.

Sa renommée s'étend rapidement. Il va mener un travail de recherche, collaborer avec différentes personnes et ainsi laisser un héritage.

En mars 1980, quelque mois avant sa mort, il assiste aux préparatifs du premier congrès international qui lui ait été consacré et qui s'est déroulé à Phénix en décembre 1980.

2. Définitions de l'hypnose

Il n'existe pas de définition de l'hypnose, néanmoins, il peut être dit qu'il ne s'agit pas d'un état de sommeil, le patient ne perd en aucun cas sa conscience ni le contrôle de la situation durant la séance.

Milton Erickson disait : « *En hypnose, vous cessez d'utiliser votre esprit conscient ; en hypnose, vous commencez à utiliser votre esprit inconscient. Parce que, inconsciemment, vous en savez autant et même bien plus que ce que vous savez consciemment* ». **(16)**

L'hypnose est un phénomène naturel et banal. Chacun de nous peut connaître un état de distraction au cours duquel nous sommes absorbés dans nos souvenirs et nous restons alors indifférents à tout ce qui se passe autour de nous. Cet état est fréquent, notamment en voyage, dans les salles d'attente etc.

L'hypnose consiste en la communication d'idées et de compréhensions à un patient afin de maximiser sa réceptivité, sa motivation et ainsi lui permettre d'explorer ses propres potentialités corporelles, par le contrôle de ses réponses psychologiques et physiologiques.

Au cours de la vie, chaque personne est guidée par ses expériences de la vie, par son environnement, par son comportement corporel et développe des capacités souvent inconnues du sujet lui permettant de répondre à de nombreuses situations.

L'hypnose va potentialiser ces capacités « enfouies » chez un patient. L'inconscient peut être considéré comme « un grand magasin » où l'on peut trouver beaucoup de choses, suivant les désirs qui nous y mènent. **(15)**

L'état d'hypnose offre au patient une expérience pendant laquelle les limitations habituelles de sa pensée sont provisoirement suspendues : ses cadres de références, ses croyances ou tout simplement ses habitudes. Souvent une personne a des idées « toutes faites », acceptées depuis l'enfance et qui peuvent bloquer toutes possibilités d'épanouissement et d'adaptation. Parfois, les limitations répondent à des suggestions post hypnotiques introduites à l'occasion d'une dépotentialisation de la conscience survenue par surprise ou après un choc émotionnel.

Lors de la transe, les limitations vont s'effacer progressivement.

Dans l'hypnose l'état inconscient est privilégié par rapport au conscient. La finalité n'est pas que le sujet obéisse mais qu'il puisse répondre dans de bonnes conditions et d'une manière qui lui soit pertinente. Le patient reste dans un état actif. Rien ne se passe sans la collaboration du patient, il choisit ce qu'il souhaite faire, en aucun cas il n'entre en conflit avec ses convictions.

Un phénomène hypnotique exige un triple abord. Il s'agit à la fois d'un acte thérapeutique (le praticien) mais aussi d'une expérience subjective (celle du patient) et enfin d'un ensemble de modifications objectivables par celui qui se donne le rôle de l'observateur : les indicateurs de l'hypnose.

Enfin, d'un point de vue physiologique, l'hypnose est caractérisée par une baisse du métabolisme (relaxation musculaire, ralentissement du rythme cardiaque, baisse de la pression artérielle). (7)

3. Réponses à des interrogations

3.1. Quelle est la différence entre hypnose et méditation/yoga ?

A la différence du yoga et de la méditation, l'hypnose est une expérience qui nécessite une relation interpersonnelle quand elle est pratiquée par le praticien avec le patient mais elle peut aussi être unipersonnelle dans le cadre de l'autohypnose.

Lorsque la méditation est pratiquée, elle nécessite de l'entraînement, de la régularité, un effort et une implication morale affirmée. Elle sera utilisée pour atteindre la paix intérieure, la relaxation et l'apaisement mental.

Dans l'hypnose, il n'y a pas d'effort, il s'agit simplement d'une mise en retrait de la personne qui se laisse faire par son environnement, son contexte de vie.

Par contre il y aura des objectifs précis comme supprimer une douleur, de l'anxiété ou comme outil d'aide à l'arrêt du tabac ou autres addictions.

L'hypnose va traiter des problématiques.

Que se soit dans la méditation ou dans l'hypnose il y aura dans les deux cas, un travail sur soi à effectuer.

L'activité cérébrale est différente pour un sujet qui effectue de la relaxation ou de l'hypnose.

Les zones activées ou freinées sont différentes. **(19)**

3.2. Avons-nous des preuves scientifiques sur l'utilisation de l'hypnose en France aujourd'hui ?

Depuis 1985, l'étude neurologique de la conscience a connu une avancée manifeste notamment grâce à l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) et à la tomographie par émission de positrons (TEP), qui observent et mesurent indirectement les modifications de l'activité cérébrale à partir des variations du débit sanguin dans les différentes régions du cerveau. **(7)**

Il a été montré que l'activité corticale n'est pas localisée dans les mêmes régions du cerveau lorsque le sujet est en état de veille, en état de relaxation ou sous hypnose. **(3)**

Aujourd'hui, la science ne comprend pas encore précisément les propriétés et les mécanismes de l'état hypnotique, mais elle a bien montré qu'une activité cérébrale spécifique de l'état hypnotique existe.

La plupart des travaux reconnaissent que l'hypnose est un phénomène de conscience. Une définition de la conscience peut être la capacité de l'être humain à prendre connaissance, à chaque instant de lui-même et de son environnement.

3.3. Quelles sont les limites ?

Les contre indications sont rares :

- les patients présentant des troubles mentaux de types psychotiques, paranoïa, psychose maniaco-dépressive, schizophrénie et pathologies dissociatives.

Elle sera difficile à utiliser avec :

- les arriérations mentales (tout dépend du degré) et les enfants de moins de 3 ans.

Il faut faire attention lors des séances, de ne pas faire ressortir des « décharges » émotionnelles qui peuvent laisser des séquelles inconscientes. Il s'agit de suggestion nocive. En effet, chez les patients ayant des troubles psychotiques, il est déconseillé de pratiquer l'hypnose car il existe un risque que des pensées négatives agissent comme des suggestions puissantes.

L'odontologiste doit rester dans son domaine de compétence c'est-à-dire utiliser l'hypnose pour aider le patient à réaliser un acte dentaire et en aucun cas à des fins psychothérapeutiques.

3.4. Les préjugés :

La majorité de la population rattache le mot hypnose à un état de sommeil ce qui lui donne cette connotation de passivité où « l'hypnotiseur » peut faire ce qu'il souhaite au sujet. Certaines fonctions sont certes en sommeil, suspendues mais d'autres comme les fonctions psychologiques et notamment un processus de recherche inconscient sont en pleine activité. Le mythe de l'hypnotiseur tout-puissant est ridicule. Cela est peut être dû à l'image que véhiculent les médias, internet, les émissions de télévision qui présentent l'hypnose comme un spectacle, un show (on peut actuellement citer Mesmer qui réalise de l'hypnose de foule). Par ailleurs, en regardant sur internet, en tapant « hypnose » dans un moteur de recherche, il apparaît rapidement des démonstrations d'hypnose dans la foule, où les sujets sont aux ordres de la personne.

En réalité et dans notre pratique, il s'agit d'une hypnose douce, thérapeutique, dans laquelle le sujet entend tout et répond comme il le souhaite. En aucun cas le praticien n'impose quelque chose au patient. L'hypnose permet simplement de potentialiser les processus inconscients qui interagissent avec le conscient. C'est là que réside l'art de l'hypnose.

L'hypnose ne suppose pas le contrôle d'une personne sur une autre personne. Elle permet seulement d'augmenter le propre contrôle du patient sur lui-même. **(16)**

Elle n'est pas fonction d'un état d'hypersuggestibilité et n'est pas un phénomène psychique univoque. L'engagement imaginaire est un élément constituant de l'expérience hypnotique. Il a été remarqué que l'âge est un élément majeur à considérer dans l'aptitude hypnotique. Il est parfois plus aisé de faire une séance chez un enfant qu'un adulte. En effet cela s'explique par leur pouvoir d'imagination.

La plupart des enfants se plongent dans cet état quand ils jouent. Ils savent faire abstraction de la réalité pour s'investir tout entier dans l'histoire qu'ils se racontent.

Ils ont cette facilité à se plonger dans un royaume imaginaire. Leur imagination est spontanée et créative et de fait ils sont globalement plus réceptifs à l'hypnose que les adultes. **(16)**

C'est à cette capacité imaginative que l'hypnose va faire appel. Pour s'adapter au mieux aux enfants, il est important de connaître leurs stades de développement cognitif. Les propositions que nous leur ferons, seront ainsi en cohérence avec leur maturation intellectuelle.

Le praticien accordera plus de temps pour un sujet plus âgé, cela reste tout de même possible.

Il ne faut pas un don pour pouvoir pratiquer l'hypnose, il s'agit de maîtriser différentes techniques d'induction afin d'accompagner un sujet vers l'état hypnotique.

La profondeur d'une transe n'a aucun rapport avec son efficacité.

À RETENIR :

L'hypnose est un état de veille modifié qui stimule notre inconscient et s'adresse à toute personne souhaitant vivre cette expérience.

Le patient reste maître de soi et peut à tout moment revenir *ici et maintenant*.

CHAPITRE II. INDUCTION DU PROCESSUS HYPNOTIQUE

1. Observation du patient, préparation

Avant de commencer toute séance d'hypnose, il est primordial d'avoir analysé son patient. En effet, les comportements, les préoccupations du sujet vont guider notre stratégie.

Cette stratégie ne sera jamais identique. Il faut l'adapter en fonction de chaque patient.

Citons en exemple un patient hyperactif qui a du mal à rester assis sur un fauteuil.

Sa prise en charge peut consister à lui demander au début de rester debout et de se déplacer où il le souhaite. Ainsi il va être déstabilisé et par la suite la séance pourra débuter.

C'est une phase de préparation indispensable pour mener à bien notre séance d'hypnose.

2. La Communication

La relation de soin met en place une communication interpersonnelle pertinente pour le patient. Les différents moyens de communication introduisent des messages qui vont dépasser la barrière consciente. Ils permettent au thérapeute d'émettre des suggestions indirectes ou encore « des évocations ».

La voix est un instrument qui peut donner une tonalité, un rythme en fonction de ce qui est raconté au patient. Il est possible de varier la tonalité de certaines phrases, de certains mots, ou même de syllabes.

Ainsi, elle peut guider le patient à travers la séance. Pour certains c'est d'ailleurs le seul contact sensoriel qui s'établit avec le praticien.

Il peut être envisageable de parler au patient lors de la phase expiratoire : cela modifie la qualité du contact qui se noue entre les deux personnes.

L'inclusion systématique d'un langage non verbal et l'utilisation subtile de la voix pour inclure des messages dans les messages, en retenant par ailleurs l'attention, vont permettre d'initier et d'entretenir une séance d'hypnose.

La communication selon Erickson est respectueuse de la personne humaine et tient compte du souci d'autrui. Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, le thérapeute n'impose pas ses solutions, ses croyances etc. **(16)**

3. Phase d'induction

3.1. Dépotentialisation de la conscience

Cette dépotentialisation est la phase initiale de l'état d'hypnose. Elle est nécessaire pour introduire l'induction et participe à la dynamique de la transe.

Suivant les patients, elle s'installe plus ou moins rapidement et il est remarqué que plus il y a de séances d'hypnose plus l'installation est rapide. **(15)**

L'induction ne répond pas à une procédure standardisée.

3.1.1. La fixation oculaire et/ou la fermeture des yeux.

Le praticien va demander au patient de fixer un point face à lui, de se concentrer sur les sensations qu'il ressent et dans un second temps, il pourra fermer les yeux et se sentir confortablement installé. Cette notion de confort est très importante, le patient doit se positionner dans la situation la plus agréable pour se laisser complètement aller. C'est au patient de choisir comment il souhaite s'installer (assis, allongé, semi allongé, tout en restant compatible avec la séance de soin) et nous avons juste pour rôle de le guider.

Une fois l'attention focalisée sur un point, le patient va ressentir que sa vision périphérique est coupée et que la zone fixée occupe tout le champ visuel. Cela provoque une distorsion de la réalité qui laisse le sujet dans la confusion.

Il pourra être demandé au patient de fermer les yeux s'il le souhaite et essayer de se concentrer sur les sensations qu'il éprouve.

La fixation oculaire n'est en aucun cas obligatoire, le patient peut fermer les yeux dès le début. C'est à lui de choisir. Il s'agit d'obtenir une dépotentialisation de la conscience.

Ainsi, la conscience détache son attention du processus de la pensée et laisse place à l'inconscient.

L'extérieur est occupé à l'extérieur et l'intérieur est laissé dans une possibilité de dialogue, dans une exploration de l'inconscient sans que le sujet s'en aperçoive.

Une focalisation interne se crée.

3.1.2. Le VAKOG

Le praticien va pouvoir faire appel à tous les sens du patient pour débiter une séance d'hypnose. C'est ce qui s'appelle le VAKOG.

- Visuel
- Auditif
- Kinesthésique
- Olfactif
- Gustatif

Par l'intermédiaire de ces 5 sens, le patient va ouvrir « ses portes de la perception ».

Chaque patient va privilégier une voie, cela sera au praticien de le repérer et entretenir par la suite cette voie tout au long de la séance.



Figure 1: VAKOG

Visuel :

Le praticien va utiliser des termes à référence visuelle, qui apparaîtront dans le langage.

Il sera demandé au patient de se rappeler un souvenir agréable, de s'imaginer être dans un endroit confortable. Il pourra utiliser des mots comme perspective, horizon, flou, éclairer, voir etc.

Auditif :

La représentation va passer par des sons et des bruits.

Le praticien pourra associer un son par exemple à une douleur et il emploiera des mots ayant une référence auditive (crier, hurler, dialoguer, musical, écouter, parler etc.)

Kinesthésique :

Il s'agit de la capacité à ressentir au toucher et également de manière interne les sensations.

Le patient va préférer ressentir des sensations tactiles.

Le praticien pourra utiliser des mots comme chaleur, froid, lourd, léger, solide etc.

Olfactif :

Le praticien va associer une odeur. Il pourra utiliser des mots comme inspirer, parfumer, aromatiser, flairer, humer etc.

Gustatif :

Le praticien utilisera essentiellement des termes se rapportant au goût comme sucré, acide, piment, engloutir, avaler etc.

Peu importe le vocabulaire employé, ce qui est important c'est de repérer le système de représentation sensorielle qu'une personne utilise.

Grâce au VAKOG, le praticien va pouvoir introduire l'hypnose.

3.1.3. La confusion

Certains patients peuvent apparaître plus résistants pour « se laisser aller ». Il est alors possible de créer une confusion pour perturber le patient et ainsi mettre en place une transe hypnotique. Comme il a été précisé auparavant, la fixation oculaire crée aussi une confusion mais de manière indirecte.

La confusion peut aussi être amenée par la surprise ou le choc : le praticien parle avec une voix monotone et tout d'un coup il hausse le ton, surprend le patient et le déstabilise. Un autre exemple réside en l'opposition du langage : le praticien propose au patient de s'asseoir à sa droite en montrant avec sa main un siège situé à sa gauche.

Serrer la main d'un patient et conserver sa main peut aussi déstabiliser le patient.

Utiliser la négation est encore un autre moyen pour aboutir à un même résultat, en effet l'inconscient n'entend pas les négations. **(15)**

Citons en exemple « vous pouvez ne pas fermer les yeux, ne pas vous détendre ».

3.2.La dissociation

Avant de commencer, le praticien va demander au patient de prendre une position agréable, de décroiser les jambes, de se détendre et, par exemple, de penser à un souvenir agréable.

Dans ce souvenir qui peut être récent, lointain, il va être demandé au patient de le revivre, de ressentir les mêmes sensations et de se sentir toujours confortable, agréable. Laisser aller son imagination pour ressentir les sons, les odeurs, les images, éventuellement des sensations tactiles qui accompagnent ce souvenir.

La dissociation sera recherchée dans la plupart des séances d'hypnose formelle.

3.2.1. Truisme

Il s'agit d'une forme indirecte de suggestion.

Le praticien va énoncer des évidences pour amener le patient dans un état d'esprit d'acceptation et dans une situation où il lui est difficile de discuter ce qui lui est proposé.

Cela va aider à établir un contact et à positionner le patient dans un sentiment de confiance, de sécurité.

« Vous êtes assis là...et un grand sentiment de confort s'installe ». La première proposition est un truisme, elle peut s'organiser en série de truisme et la dernière amène la suggestion.

Le truisme met en route chez le sujet un processus associatif tout en valorisant son expérience personnelle. Cela va amener le patient à se concentrer sur son vécu intérieur.

3.2.2. Suggestion

Le praticien va induire des suggestions qui peuvent être ouvertes, composées ou négatives.
(16)

- suggestion ouverte :

Le praticien va émettre un faisceau de suggestions et laisser le choix au patient de répondre et de libérer son inconscient où il le souhaite. Par cette méthode, le praticien peut explorer les capacités du patient à répondre et recherche des indices de comportements qui pourront être utilisés par la suite.

Rappelons que notre inconscient est rempli d'expériences, de souvenirs, il faut ainsi laisser la liberté au patient. Dans aucun cas une suggestion est imposée.

- suggestion négative : « vous n'avez pas besoin de faire »

Par la négation l'attitude du patient est encouragée à répondre. Cela peut rassurer le patient, il ne peut échouer à ne rien faire.

- suggestion composée : le praticien peut associer un truisme et une suggestion ou un renforcement et une suggestion.

3.2.3. Le nulle part confortable

Une personne peut être dans un endroit mais son esprit peut être ailleurs, dans un « nulle part confortable ». **(15)**

Chacun possède un nulle part confortable.

Le but est d'amener le patient dans ce nulle part confortable afin qu'il se sente détendu, calme, dans une situation très agréable.

3.2.4. Double lien

Le double lien se crée entre le praticien et son patient. Il apporte à la fois une implication et une participation de l'inconscient. Il permet d'offrir des alternatives de comportements qui ne font pas habituellement partie des possibilités de choix et de contrôle du patient.

Citons en exemple :

« Quelle partie de votre corps se sent la plus confortable ? »

Le simple fait de répondre à la question entraîne l'acceptation de l'objectif : se sentir confortable.

3.2.5. La négation

Elle est utilisée pour créer une confusion et ainsi déclencher une dépotentialisation de la conscience. Il est possible de s'en servir chez des sujets résistants.

La négation renvoie à l'inconnu.

La négation permet au sujet d'introduire un choix : « vous pouvez ne pas fermer les yeux ».

Le refus polarise l'attention des sujets résistants, ainsi le praticien pourra mettre en valeur par le ton de sa voix les mots « ne...pas » et faciliter la mise en place d'une suggestion.

Le praticien va perturber le patient « Vous pouvez ne pas sentir que vos yeux se ferment. Vous ne savez pas... »

3.2.6. Le questionnement

Poser des questions peut permettre d'introduire des suggestions.

Il s'agit en général de questions qui n'attendent pas forcément de réponse mais qui permettent juste de diriger le patient vers ses préoccupations internes.

Cela implique la recherche d'une réponse de la part du patient. Par exemple s'il est demandé « Laquelle de vos deux mains est la plus légère ? », l'attention du sujet est focalisée sur ses mains et cela suggère que l'une est plus légère. Si le patient répond la droite ou la gauche, c'est que l'inconscient a commencé à développer cette sensation en dépotentialisant le conscient qui doit attendre de connaître la réponse.

3.2.7. Le saupoudrage

Le saupoudrage consiste à mettre l'accent sur certains mots ou phrases de façon imperceptible par le conscient mais perçu par l'inconscient. Par exemple au cabinet dentaire, l'accent sera mis sur des mots comme confort, agréable, bien être...

Le praticien saupoudre dans son discours l'idée qu'il veut communiquer au patient sans que le conscient s'en aperçoive, en l'insérant discrètement et de façon répétitive.

3.2.8. Les métaphores

La métaphore est une figure de style impliquant un langage imagé sans outil de comparaison. Elle consiste à associer une chose à une autre appartenant à un champ lexical différent afin de traduire une pensée plus riche et plus complexe que celle qu'exprime un vocabulaire descriptif concret.

L'inconscient communique sur plusieurs niveaux. Il est donc intéressant de favoriser des associations utiles entre une expérience vécue et une autre expérience riche d'enseignement et capable d'initier un changement bénéfique.

À RETENIR :

Il n'existe pas une méthode pour induire un processus hypnotique mais un ensemble d'outils dont le praticien va se servir pour arriver à une dépotentialisation de la conscience.

Il faut repérer le canal (visuel, auditif, olfactif, gustatif ou kinesthésique) principal utilisé par le patient et s'en servir pour guider la séance.

CHAPITRE III. L'HYPNOSE DANS LE CONTRÔLE DE LA DOULEUR

Pour la plupart des gens, la douleur est une sensation immédiate, subjectivement angoissante à vivre et qui reste incontrôlable. Cependant, il est remarqué que par les expériences de la vie se sont construit des apprentissages psychologiques, physiologiques et neurologiques, des conditionnements qui vont pouvoir contrôler cette douleur et parfois même l'abolir.

Il suffit parfois de regarder un film très angoissant pour ne plus penser à sa douleur et ainsi ne plus la ressentir ou alors penser à d'autres situations extrêmement douloureuses pour abolir une douleur ressentie.

Combien de patients arrivent au cabinet et nous disent que la douleur a disparu ? Ils ont simplement détourné leur conscient et ne pensent plus à la douleur mais au dentiste.

L'hypnose va essayer de supprimer la douleur perçue dans le conscient en se servant de l'expérience spécifique à chaque sujet.

1. La Douleur

1.1. Définition

La douleur est une expérience subjective à la fois consciente et inconsciente.

Il est nécessaire pour faciliter le travail de l'hypnose de l'analyser dans sa globalité. En effet c'est un complexe ayant des significations temporelles, émotionnelles, psychologiques et somatiques.

C'est la raison principale pour laquelle un patient vient consulter, il vient rechercher une aide pour abolir sa douleur.

Cette douleur sera largement influencée par le vécu du patient, par son expérience. (Douleur immédiate, passée, future dans le cas de douleurs chroniques).

Il existe un lien entre douleur et anxiété. La douleur est intensifiée par la peur de la même façon que lorsqu'elle rappelle une douleur passée.

1.2. Caractéristiques

Les caractéristiques de la douleur sont :

- en termes temporels : transitoire, récurrente, persistante, aiguë, chronique
- en termes émotionnels : irritante, gênante, contraignante, incapacitante, angoissante, déprimante, intraitable etc.
- en termes de sensations : sourde, lourde, coupante, tranchante, brûlante, poignardant, irradiante, lancinante, broyante, froide etc.

Il est important d'amener son patient à décrire sa douleur avec ses propres termes. Par la suite ces informations seront utilisées lors de la séance hypnotique. Il est aussi possible de faire décrire une douleur aiguë en suivant un VAKOG et donc de commencer une séance d'hypnose fractionnée.

Pour faire passer des idées et des compréhensions sur la douleur, il faut disséquer l'expérience subjective entière. « Diviser et conquérir »

Le praticien doit avoir à l'esprit que le but n'est pas d'abolir une douleur mais de la déplacer. (Parfois il pourra amener une abolition totale en utilisant des suggestions).

Tous les mots relatifs à la douleur seront soigneusement évités.

2. Hypnose et contrôle de la douleur

Il n'existe pas une méthode pour prendre en charge la douleur d'un patient mais un grand nombre de méthodes que le praticien doit avoir en tête et qu'il doit pouvoir utiliser de façon spécifique en fonction d'un patient. **(16)**

2.1. La suggestion

Elle peut être directe ou permissive et indirecte. (Cf. 3-2-1)

2.2.L'amnésie

Le praticien va amener le patient à parler d'autre chose, à détourner son conscient pour qu'il oublie la douleur. L'exemple parfait est celui de regarder un film saisissant, la douleur est oubliée.

2.3.L'analgésie

Il s'agit de la perte de la douleur elle-même et non pas de la perte des sensations. Des chercheurs comme Marie Elisabeth Faymonville (Liège), Pierre Rainville (Montréal), David A.Oakley (Londres) ou Stuart W.G.Derbyshire (Birmingham) parviennent à la conclusion, objectivée par l'analyse des images cérébrales, que sous hypnose une douleur peut disparaître ou changer d'intensité, par la dissociation des émotions et des sensations, ou encore qu'elle peut être induite par la suggestion hypnotique.

2.4.L'anesthésie

Le patient coupe les sensations kinesthésiques, tactiles, de pression.

Des suggestions ou des dissociations peuvent être utilisées pour induire une anesthésie. De la même façon, en utilisant la confusion et la désorientation, il y aura une désorientation corporelle. La douleur est déplacée vers une fausse localisation.

2.5.La substitution

Il s'agit d'essayer de qualifier la douleur en d'autres termes pour modifier l'expérience subjective et ainsi diminuer cette douleur.

Par exemple, substituer une sensation de rapidité ou de lenteur à une douleur grinçante.

Pour une démangeaison, la qualifier de piqûre de moustique.

La substitution permet de travailler avec les patients. Chez les enfants cela est très facile à mettre en place, ils débordent d'imagination et sont très réceptifs.

2.6.Le déplacement

Il s'agit d'amener le patient à déplacer sa douleur d'une partie du corps à une autre partie, de diriger l'attention du patient en dehors de la zone douloureuse et ainsi permettre au patient de ressentir une sensation agréable.

2.7.La dissociation

La dissociation hypnotique permet d'induire indirectement une anesthésie pour des patients qui n'arrivent pas à l'apprendre par suggestion directe.

Le praticien fait déplacer le patient dans une autre partie de la pièce et lui demande de laisser sa douleur dans cette partie.

La zone douloureuse est détachée du reste du corps (hallucination).

Le praticien pourra aussi faire « voyager » ses patients pour oublier la situation dans laquelle ils sont actuellement (au lieu d'être dans un cabinet dentaire, le patient pourra se retrouver au bord de la mer, à la montagne, à la campagne etc.)

2.8.La réinterprétation

Il s'agit d'essayer de redéfinir une douleur avec des termes positifs. Les mots négatifs sont remplacés par des « non positifs » : « c'est désagréable » devient alors « cela n'est vraiment pas agréable ». La douleur est mise au passé, les solutions possibles sont mises au Présent ou au Futur et ainsi, les termes pathologiques sont oubliés.

2.9.Le fractionnement

Il s'agit de diminuer progressivement le niveau de la douleur. **(15)**

Le praticien va demander au patient de perdre 1% de cette douleur, il reste encore 99%. Cela correspond toutefois à une diminution, même si elle n'est que de 1%. Puis il va lui demander de perdre 5%, 10% et ainsi de suite, ce qui va contribuer à diminuer progressivement le niveau de la douleur.

Le praticien peut demander au patient si une autre partie du corps lui fait mal pour ramener la quantification de la douleur à un niveau plus faible.

Par exemple, une personne vient de taper sur son pouce avec le marteau au lieu du clou qu'elle voulait planter dans une planche. Pour elle, 100% de la douleur est centrée dans le pouce. Il pourra lui être demandé si elle a mal à l'autre pouce, ainsi la douleur sera divisée par deux. Les demandes pourront être multipliées (épaule, coude, genoux etc....) et ainsi continuer à diminuer le taux de douleur, sans toute fois la faire disparaître.

2.10. La distorsion dans le temps

Le temps reste une notion subjective. Il peut s'agir de régression ou de progression dans le temps. **(16)**

Une douleur régulière va pouvoir être perçue de façon fugitive.

Dans l'hypnose, un sujet peut en dix secondes revivre un voyage de quelques heures. Cela est très utile dans le contrôle de la douleur. Pour des douleurs permanentes, chroniques, le patient peut essayer de se mettre en hypnose dès que la douleur survient, et vivre ces épisodes comme s'ils duraient dix à vingt secondes.

3. L'autohypnose

Le praticien peut enseigner à son patient l'autohypnose afin que celui-ci puisse pratiquer l'hypnose pour lui-même, à divers moments de la journée. Elle renforce l'apprentissage et étend le confort aux séances suivantes.

Elle sera mise en avant notamment chez les patients phobiques ou algiques qui vont apprendre à devenir autonomes et à gérer leur douleur à tout moment, lorsqu'ils en sentiront le besoin.

L'autohypnose s'adresse aussi au praticien. Il peut exercer confortablement un travail fatiguant autant sur le plan physique et sensoriel, qu'émotionnel.

Il pourra se relaxer très rapidement pendant une journée de travail sans que cela n'entraîne de perte de temps. Il est possible d'imaginer une ou deux séances par jour entre deux rendez-vous ou bien une très courte séance lors de la photopolymérisation d'un composite ou de la prise d'une empreinte.

Enfin, l'autohypnose sert aussi à améliorer la relation patient-praticien en favorisant un état « positif ».

À RETENIR :

L'hypnose agit dans le contrôle de la douleur par l'intermédiaire de différentes méthodes et ainsi une douleur va pouvoir être diminuée, supprimée, substituée, déplacée, dissociée, réinterprétée, fractionnée.

L'autohypnose renforce l'apprentissage et améliore la relation de confiance entre le praticien et le patient. Elle s'adresse au patient et au praticien et peut s'utiliser au quotidien.

CHAPITRE IV. UTILISATION DE L'HYPNOSE EN ENDODONTIE

L'anxiété au cabinet dentaire est un phénomène assez courant et est étudiée depuis plusieurs années. Rachman, en 1977, a montré les différentes voies de la peur et de l'anxiété. Selon lui, il y en avait 3 : l'environnement, l'information et l'expérience (autrui).

De nombreux patients se présentent avec un « nœud dans l'estomac ». Dès qu'ils sont installés dans le fauteuil, cette anxiété ne fait qu'augmenter.

La peur du chirurgien dentiste est un concept diffus. Il ne s'agit pas de la peur du dentiste en tant que personne mais plutôt d'une angoisse vis-à-vis de l'absence de contrôle du patient sur les gestes du praticien, du traitement douloureux, de l'ensemble des sens (visuel, auditif, olfactif, kinesthésique) multipliant cette angoisse.

L'anxiété du patient n'est pas sans conséquence sur le praticien, qui à son tour va ressentir cette peur, cette angoisse et ainsi ne va pas pouvoir travailler dans de bonnes conditions. **(8)**

En endodontie, le praticien peut se retrouver face à deux problématiques :

- la douleur. C'est une des raisons principales pour laquelle un patient vient consulter.

Nous avons vu précédemment comment utiliser l'hypnose pour contrôler cette douleur.

- l'anxiété du patient liée à cette douleur et au simple fait de venir voir le chirurgien dentiste.

1. Pathologies rencontrées

Le plus souvent le chirurgien dentiste est confronté à 4 pathologies :

- la pulpite : douleur irradiante provoquée par le froid ou le sucré.
- la desmodontite : douleur à la palpation en regard de la racine, à la mastication.
- la septite : douleur généralement après les repas, au niveau de la papille.
- la pathologie périapicale aigue ou lésion inflammatoire périapicale d'origine endodontique (LIPOE) : douleur violente et continue, à la palpation, à la mastication.

2. L'anxiété

2.1. Définitions

On considérera par la suite que l'anxiété et l'angoisse sont deux noms apparentés. D'ailleurs d'un point de vue étymologique, ils ont une origine commune : ils sont issus du sanskrit (langue indo européenne) *amhas*, l'étréitesse.

L'anxiété correspond à un sentiment psychique, à une manifestation émotionnelle humaine. Elle peut se définir comme un trouble émotionnel se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité. (Définition Larousse)

C'est un signal d'alarme, préparant l'individu à faire face à une menace ou du moins ce qui est perçu comme tel.

Une étude a analysé l'origine de la peur et de l'anxiété chez des patients ayant subi des traitements endodontiques ou qui sont en cours de traitement ou encore allant faire un traitement. (2)

La peur et l'anxiété seraient dues le plus souvent au conditionnement cognitif (62.2%). Autrement dit, des patients ayant vécu une expérience douloureuse ou anxieuse dans le passé auront plus de risque de développer une anxiété lors des prochains soins.

L'expérience des parents influe aussi sur l'anxiété des enfants. L'éducation est importante, les parents devraient transmettre une attitude positive concernant les soins dentaires. (1, 10)

L'information, la communication et l'expérience de ceux qui nous entourent jouent aussi un rôle important.

2.2. Facteurs de l'anxiété :

2.2.1. Facteurs Objectivables

La douleur ressentie par le patient peut être évaluée sur une échelle visuelle analogique (EVA Cf. 3-2). Afin de l'évaluer objectivement, il existe des tests de sensibilité pulpaire, des tests de percussion, palpation, mobilité et des examens radiologiques.

Le cabinet dentaire reste pour un grand nombre de patients un lieu hostile, évocateur de souffrances physiques et présentant des instruments barbares et menaçants. Tous les sens du patient sont activés : olfaction, vision, audition, gustation.

2.2.2. Facteurs Psychologiques

La bouche est un organe symbolique : un organe de communication, de respiration, de la vie, de la nutrition, de la séduction.

Travailler dans la cavité buccale d'une personne peut engendrer une peur de perdre le contrôle de soi ou de risque de mutilation. Ce n'est pas un organe neutre et il est compréhensible que le patient puisse ressentir une absence de confiance.

C'est au praticien d'instaurer un climat de confiance et l'hypnose pourra aider.

3. Stratégies thérapeutiques

En urgence ou lors d'un soin programmé l'hypnose va pouvoir être utilisée pour réduire la douleur ressentie par le patient.

Il existe aussi des prémédications que le praticien peut prescrire à son patient mais qui ne sont pas sans conséquences sur l'organisme et dont il ne faut pas abuser.

3.1. La relation soignant/soigné

Avant de réaliser un soin il est impératif d'informer le patient. En effet le praticien se doit d'instaurer une relation de confiance. Une étude réalisée par Corah montre l'importance de cette relation. Le praticien doit prendre en considération le patient, s'adapter à chaque situation. (4)

3.2. Évaluer la douleur

Pour une bonne prise en charge thérapeutique, le praticien doit évaluer les composantes émotionnelles et sensorielles de la douleur.

Pour cela il dispose de plusieurs outils et notamment de l'échelle visuelle analogique (EVA) qui permet d'évaluer l'intensité de la douleur sur une échelle allant de un à dix.

Sur la face présentée au patient, se trouve un curseur qu'il mobilise le long d'une ligne droite dont l'une des extrémités correspond à "Absence de douleur", et l'autre à "Douleur maximale imaginable". Le patient doit, le long de cette ligne, positionner le curseur à l'endroit qui situe le mieux sa douleur.

Sur l'autre face, se trouvent des graduations millimétrées vues seulement par le soignant. La position du curseur mobilisé par le patient permet de lire l'intensité de la douleur, qui est mesurée en mm.



Figure 2: Echelle Visuelle Analogique

3.3.Évaluer le degré d'anxiété du patient

Les principaux facteurs composant la réponse complexe de la peur et de l'anxiété peuvent se traduire par l'expression verbale, par des sensations physiologiques (sueurs, tensions musculaires, accélération du rythme cardiaque), par le comportement comme l'évitement et des réactions personnelles au fauteuil.

Il existe des questionnaires non spécifiquement dentaires : STAI Spielberger qui utilise une échelle anxiété-trait anxiété-état permettant d'évaluer les caractéristiques anxieuses de la personnalité et la mesure des modifications induites par diverses situations.

Il existe des questionnaires spécifiquement dentaires.

Les plus utilisés sont le « Dental Anxiety Scale » (DAS) de Corah et le « Dental Fear Survey » (DFS) de Kleinknecht.

Le DAS a été créé il y a 40 ans. Il est très répandu pour mesurer l'anxiété dentaire, d'autant plus qu'il s'agit d'un test rapide (moins de 5 minutes) et facile d'emploi.

Il est fiable et a prouvé son efficacité, même il existe aujourd'hui des versions modifiées. (Modified Dental Anxiety Scale MDAS, Dental Scale Anxiety Revised DSA-R). **(20)**

Cette échelle est une mesure de traits destinée à évaluer la tendance du patient à ressentir les différentes situations du traitement dentaire comme dangereuses ou menaçantes. Elle sera différente si elle est effectuée avant ou après le soin.

Elle s'organise autour de quatre questions à choix multiples.

Les points sont attribués pour chaque question de 1 point pour la réponse a) à 5 points pour la réponse e).

Les résultats varient de 4 à 20 et plus le score est élevé, plus l'anxiété est importante.

Ci-dessous, la version anglaise du DAS :

Question N°1 : If you had to go to the dentist tomorrow for a check up, how would you feel about it?

- a. I would look forward to it as a reasonably enjoyable experience
- b. I wouldn't care one way or the other
- c. I would be a little uneasy about it
- d. I would be afraid that it would be unpleasant and painful
- e. I would be very frightened of that the dentist would do

Question N°2 : When you are waiting in the dentist's office for your turn in the chair, how do you feel?

- a. Relaxed
- b. A little uneasy
- c. Tense
- d. Anxious
- e. So anxious that I sometimes break out in a sweat or almost feel physically sick.

Question N°3 : When you are in the dentist's chair waiting while the dentist gets the drill ready to begin working on your teeth, how do you feel?

- a. Relaxed
- b. A little uneasy
- c. Tense
- d. Anxious
- e. So anxious that I sometimes break out in a sweat or almost feel physically sick.

Question N°4 : Imagin you are in the dentist's chair to have your teeth cleaned. While you are waiting and the dentist or hygienist is getting out the instruments which will be used to scrape your teeth around the gums, how do you feel?

- a. Relaxed
- b. A little uneasy
- c. Tense
- d. Anxious
- e. So anxious that I sometimes break out in a sweat or almost feel physically sick.

Scoring the Dental Anxiety Scale:

a = 1, b = 2, c = 3, d = 4, e = 5 Total possible = 20

- 9-12 = moderate anxiety but have specific stressors that could be discussed and managed

- 13-14 = high anxiety

- 15-20 = severe anxiety (or phobia). May be manageable with the Dental Assessment but might require the help of a mental health therapist.

Ci-dessous, la version française du DAS :

Question N°1 : Si vous deviez aller chez le dentiste demain, comment vous sentiriez vous ?

- a. Je penserais que cela va être une expérience assez agréable
- b. Cela me laisserait indifférent
- c. Je serais légèrement mal à l'aise
- d. J'aurais peur que cela soit désagréable et douloureux
- e. J'aurais terriblement peur de ce que le dentiste pourrait faire

Question N°2 : Chez le dentiste, lorsque vous attendez votre tour pour passer sur le fauteuil, comment vous sentez-vous ?

- a. Détendu(e)
- b. Un peu mal à l'aise
- c. Tend(e)
- d. Angoissé(e)
- e. Je suis tellement anxieux (se) qu'il est possible que je transpire et même que je me sente physiquement malade.

Question N°3 : Lorsque vous êtes installé(e) dans le fauteuil, pendant que le (la) dentiste prépare la fraise avec laquelle il s'apprête à soigner vos dents, comment vous sentez-vous ?

- a. Détendu(e)
- b. Un peu mal à l'aise
- c. Tend(e)
- d. Angoissé(e)
- e. Je suis tellement anxieux (se) qu'il est possible que je me sente physiquement malade.

Question N°4 : Lorsque vous êtes assis(e) dans le fauteuil pour un nettoyage de vos dents, pendant que le (la) dentiste prépare les instruments qu'il va utiliser pour racler vos dents à côté des gencives, comment vous sentez-vous ?

- a. Détendu(e)
- b. Pas tout à fait à l'aise
- c. Tend(e)
- d. Angoissé(e)
- e. Je suis tellement anxieux (se) qu'il est possible je me sente physiquement malade.

Résultats :

a = 1, b =2, c =3, d =4, e =5 Total possible = 20

- 9-12 = Anxiété modérée

-13-14 = Anxiété élevée

-15-20 = Anxiété sévère ou phobie. Gérable au cabinet mais le praticien peut faire appel à un psychologue ou psychiatre.

Le DFS est une échelle de cotation de 5 points étudiant la peur des soins dentaires en évaluant les comportements tels que l'évitement, les phénomènes somatiques de l'angoisse pendant le traitement dentaire et les réactions comportementales normales.

Elle est cotée de 1 point pour l'absence de réaction, à 5 points pour une réaction de peur intense.

4. L'apport de l'hypnose

La douleur et l'anxiété sont deux paramètres auxquels le chirurgien dentiste est confronté quotidiennement. Il va falloir qu'il réponde aux attentes du patient sans que cela n'interfère avec sa propre santé. Autrement dit l'anxiété du patient ne doit pas entraîner d'anxiété chez le praticien.

Aujourd'hui nous disposons de nombreux outils thérapeutiques tels que les anesthésiques locaux, les antalgiques, les anti-inflammatoires pour améliorer le confort des soins. Cependant, suivant le type de douleur et suivant les patients, ces traitements peuvent ne pas fonctionner ou paraissent insuffisants. L'apport de l'hypnose trouve alors son intérêt.

4.1. Diminution de l'utilisation des anesthésiques

4.1.1. Anesthésiques locaux

D'après une étude de Kaufman, 26.2% des patients se plaignent des effets secondaires des anesthésies locales tels que pâleur, palpitations, engourdissements, hypersudation.

Ce sont des signes qui entraînent un inconfort du patient et qui peuvent provoquer l'évitement. **(11, 12)**

Les cas d'allergies sont rares mais peuvent présenter une réelle contre indication à l'utilisation des anesthésiques locaux. Les allergies sont plutôt dues à la présence d'autres composants dans la solution d'anesthésie.

Chez certains patients présentant une pathologie ou un métabolisme altéré, le praticien ne pourra pas utiliser les doses anesthésiques habituelles.

Grâce à l'hypnose, les inconvénients de l'anesthésie locale vont pouvoir être réduits, le patient sera plus détendu et prêt à recevoir des soins.

4.1.2. Anesthésiques généraux

Dans certaines interventions, l'hypnosédation est pratiquée et permet d'éviter une anesthésie générale. D'après une étude (5), il s'agit d'hypnose associée à une sédation intraveineuse minimale (hypnosédation) et à une anesthésie locale. Cette étude a montré que des patients ayant reçu une hypnosédation ont des réponses inflammatoires et hémodynamiques plus favorables en comparaison avec des patients ayant eu une anesthésie générale. Les réponses neuroendocrines et immunologiques étaient semblables. Les patients du groupe hypnosédation ont eu significativement moins de douleurs postopératoires, moins de fatigue dans les suites, une convalescence améliorée permettant une reprise plus précoce des activités

Une revue de la littérature a montré l'efficacité de l'utilisation de l'hypnose pour induire une analgésie sur des douleurs aiguës ou chroniques. (18)

De plus, en utilisant l'hypnose, le seuil de tolérance à la douleur peut être modifié. (13, 9) C'est ce que montre l'étude réalisée par Facco et coll. dans l'International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis en 2011.

Cette équipe compare l'intensité d'une douleur provoquée sur les premières prémolaires inférieures, la prémolaire droite ayant reçu une suggestion d'anesthésie contrairement à la prémolaire gauche. Le praticien suggère au patient de réaliser une anesthésie de la première prémolaire droite, il part dans un endroit nul part confortable. Suite à ces suggestions, des stimuli électriques sont envoyés et le seuil de tolérance à la douleur est évalué des deux cotés (par un Digitest Electric pulp tester). Du coté gauche il est nettement inférieur (30 mA à gauche et 50mA à droite).

Cette étude montre bien qu'il existe un réel pouvoir de l'hypnose. En effet, par de simples suggestions, l'analgésie est amenée du coté droit et par conséquence il y a une augmentation du seuil de perception à la douleur.

4.2. Gestion de la douleur aigue

4.2.1. Technique utilisée

L'association de l'hypnose et d'un complément d'anesthésie locale est généralement employée.

Le praticien va réaliser une induction en utilisant des suggestions (voir le chapitre II) puis il approfondira la transe pour que le patient soit dans une détente du corps et de l'esprit. Il y aura ensuite la phase de travail où les soins dentaires seront réalisés tout en suggérant au patient de rester dans une position confortable, de profiter pleinement de ce moment de détente, « votre respiration est calme et régulière ». Enfin la phase terminale, des suggestions post hypnotiques pourront être réalisées puis le praticien ramènera le patient dans le temps et dans l'espace, « ici et maintenant » en reprenant le VAKOG dans l'autre sens.

4.2.2. Suggestions post hypnotiques

Elles complètent et entretiennent l'hypnose.

Pour Erickson, la suggestion post hypnotique sert la visée thérapeutique. Elle objective pour le sujet, qui la croit spontanée, un changement plus ou moins important de la manifestation de ses apprentissages inconscients. **(16)**

Parfois, le praticien peut prolonger au delà du réveil la réponse hypnotique : « après avoir ouvert les yeux, peut être aurez vous envie de revenir là où vous êtes encore ? ». Ainsi l'état de bien être pourra être prolongé une fois la séance terminée.

Il peut aussi en créer l'attente : « voudriez vous éprouver une agréable surprise à votre retour ? ». Il y aura une recherche inconsciente de cette surprise.

En utilisant des suggestions post hypnotiques, il est possible de suggérer un état de bien être qui se poursuit après le soin c'est-à-dire en post opératoire.

Toutes ces suggestions pourront agir : **(5)**

- en diminuant la consommation d'antalgiques
- en diminuant la fatigue post opératoire
- en diminuant les nausées et vomissements

Ces suggestions sont primordiales chez le patient phobique pour diminuer l'angoisse des séances ultérieures. Il va apprendre à maîtriser ses peurs et ainsi faciliter la suite des soins.

Il y a ainsi une préparation aux séances suivantes. Le praticien va proposer au patient de garder un souvenir agréable de cette expérience et cela le motivera à la renouveler et à l'aborder sans crainte. (17)

Le praticien pourra donner les premières consignes qui permettront au sujet d'apprendre l'auto hypnose (Cf Chapitre II).

4.3.La gestion du saignement de la salivation

En utilisant des suggestions, il est possible d'arriver à contrôler le saignement et la salivation, paramètres influençant largement la qualité et la faisabilité d'un soin. Citons en exemple la réalisation d'une pulpotomie : le praticien pourra obtenir une bonne hémostase en suggérant au patient une image comme « sécher, essuyer un cheval qui a pris la pluie ». Tout dépendra du patient, il faudra adapter son discours en fonction de ce qu'aime le patient, de son âge etc...

Il existe à ce jour, peu d'études ayant analysé ces paramètres et cela est compréhensible de part la difficulté à les évaluer.

5. La résistance

La résistance est un phénomène important que le praticien doit être capable de reconnaître et d'utiliser quand elle survient chez un patient.

Prenons l'exemple d'un patient, qui entre dans le cabinet, s'assoit et commence à s'agiter. Il ne va certainement pas facilement accepter un soin. Le praticien peut alors lui demander de se lever, de se déplacer et de revenir s'asseoir dans une position confortable qu'il souhaite. Ainsi la résistance est détournée et une séance d'hypnose va pouvoir être mise en place.

Certains patients peuvent arriver au cabinet en disant que l'hypnose est dangereuse. Ils s'attendent à ce qu'il y ait une réponse de la part du praticien. En réalité, il ne faut pas faire ce à quoi s'attend un patient. Le praticien pourra répondre en disant que de la même façon il peut être dangereux de conduire une voiture. Il ne faut pas rentrer dans un argumentaire qui serait sans fin ou presque mais essayer de déplacer la résistance vers la compréhension.

La résistance correspond à des schémas mentaux erronés qui interfèrent avec la possibilité de nouvelles expériences. Le sujet résistant ne se permet pas d'utiliser ses propres apprentissages. Tout se passe comme s'il n'avait pas confiance en ses propres capacités, en celles que peut lui faire découvrir son inconscient. C'est par l'apprentissage qu'il est possible de détourner des résistances. **(15)**

Chez un sujet résistant :

- préparation du terrain : démystifier l'hypnose
- acceptation de ce que propose le patient
- encouragement des résistances
- utilisation du double lien pour contourner les résistances
- décharger les résistances : utilisation de la négation

À RETENIR :

En endodontie, le praticien est confronté à deux problématiques : l'anxiété et la douleur qu'il devra évaluer et traiter.

L'apport de l'hypnose permet de diminuer l'utilisation des anesthésiques et d'avoir une bonne gestion de la douleur (elle peut notamment augmenter le seuil de la douleur).

Le saignement et la salivation sont deux paramètres sur lesquels l'hypnose montrera aussi un intérêt.

Il est possible d'utiliser l'hypnose chez un patient résistant, il suffit de détourner cette résistance.

CHAPITRE V.ÉVALUATION DE L'HYPNOSE DANS LA PRATIQUE LIBÉRALE ET HOSPITALIÈRE

Afin d'évaluer l'utilisation de l'hypnose chez les praticiens ayant reçu une formation chez Hypnoteeth, nous avons élaboré un questionnaire.

Ce questionnaire tente d'analyser différentes composantes, notamment sur l'intérêt de pratiquer l'hypnose au cabinet dentaire.

Il s'agit de 12 questions, les réponses ont été collectées de façon anonyme.

1. Matériel et Méthode

Le questionnaire a été envoyé par mail aux praticiens formés par l'association Hypnoteeth. Deux relances ont été envoyées à un mois d'intervalle.

Cela correspond à environ 220 praticiens formés dans 4 villes (Nantes, Paris, Strasbourg et Toulouse).

2. Questionnaire

QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX PRATICIENS

- 1- Pour quelles raisons vous êtes vous formés à l'hypnose ?
- 2- Depuis quand l'utilisez-vous ?
- 3- Dans quelle ville et en quelle année avez-vous suivi cette formation ?
- 4- Avez-vous suivi des formations complémentaires ?
- 5- À quelle fréquence pratiquez-vous l'hypnose ?
- 6- Dans quelles situations avez-vous utilisé l'hypnose ?
- 7- Généralement, ressentez-vous un effet bénéfique pour vous et/ou votre patient ?
- 8- Dans quelle proportion de vos séances avez-vous eu l'impression qu'il n'y a eu aucun effet ?
- 9- Quel a été l'apport pour vous ?
- 10- Quel a été l'apport pour votre patient ?
- 11- Vous êtes :
- un homme
- une femme
- 12- Cochez la case correspondant à votre tranche d'âge :

25-35 ans	<input type="checkbox"/>
36-45 ans	<input type="checkbox"/>
46-55 ans	<input type="checkbox"/>
>55 ans	<input type="checkbox"/>

3. Analyse des résultats

Cinquante questionnaires ont été retournés par mail et rassemblés sous forme d'un tableau, ce qui correspond à un taux de réponse de 23 %.

3.1. Raisons de formations

De façon générale, les raisons de formations retrouvées sont l'amélioration du confort du patient ainsi que du confort du praticien. On retrouve aussi un intérêt pour avoir une meilleure gestion du stress et de l'anxiété du patient et du praticien (éviter le burn out). Certains praticiens se forment par curiosité et pour soigner différemment

De façon ponctuelle, les praticiens se forment pour changer le mode de communication avec les patients. Pour ceux qui ont une activité pédodontique, ils se forment pour faciliter l'induction par le MEOPA. Enfin, certains se forment sur le conseil d'un confrère et par intérêt pour les médecines douces

3.2. Début d'utilisation

Les praticiens ont commencé à utiliser l'hypnose dès leur premier module de formation.

3.3. Fréquence d'utilisation

La majorité des praticiens affirment utiliser l'hypnose de manière conversationnelle au quotidien.

Certains reconnaissent que cela peut parfois être difficile.

3.4. Les situations dans lesquelles l'hypnose est utilisée

L'ensemble des praticiens utilisent l'hypnose pour :

- prendre en charge l'anxiété ou la phobie de certains patients
- la gestion des enfants
- la gestion des personnes handicapées
- soi-même, ils pratiquent l'autohypnose

De façon plus singulière, ils l'utilisent :

- face à des patients intolérants aux anesthésiques locaux, allergiques ou tout simplement afin de limiter l'utilisation des anesthésiques et ainsi induire une hypnosédation.
- lors de la prise d'empreintes, pour limiter le réflexe nauséux
- pour la gestion du saignement et de la salivation
- pour gérer des situations critiques personnelles ou professionnelles.

3.5. La part des effets bénéfiques et des échecs

Tous les praticiens ont répondu un grand oui pour les effets bénéfiques que ce soit envers le patient ou envers le praticien.

Ils remarquent un effet miroir : c'est-à-dire que lorsqu'un patient est stressé, il communique son stress au praticien et inversement lorsqu'il est détendu (et notamment grâce à l'hypnose), le praticien sera lui aussi détendu.

Dans tous les cas, de la confiance et de la sérénité sont apportées.

Il est difficile d'apprécier la part des échecs.

La majorité reconnaît que les échecs sont rares. Ils affirment que dans tous les cas c'est toujours mieux avec une séance d'hypnose que sans.

Même si tous les patients ne rentrent pas en transe hypnotiques, ils seront plus détendus qu'au début de la séance.

3.6.L'apport de l'hypnose pour le praticien

Parmi les résultats des questionnaires, plusieurs mots reviennent fréquemment :

- sérénité, relaxation
- apaisement
- concentration, les soins sont de meilleures qualités, plus de rapidité.
- diminution du stress, meilleure communication. Il a moins de « pression ».
- humanité des soins. La relation de soins est améliorée.
- bien être physique et moral

Certains praticiens affirment qu'ils prennent plaisir à travailler, ils ressentent de l'amusement.

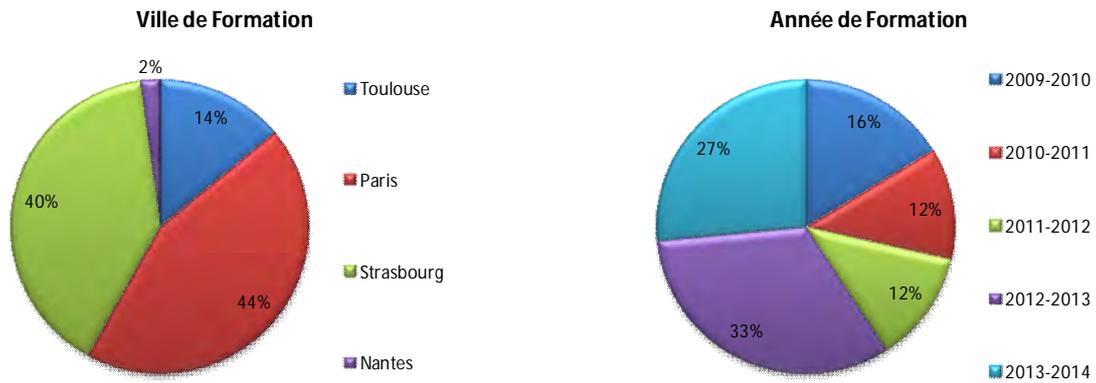
L'un d'entre eux qualifie l'hypnose d'un « nettoyage émotionnel ».

3.7.L'apport de l'hypnose pour le patient

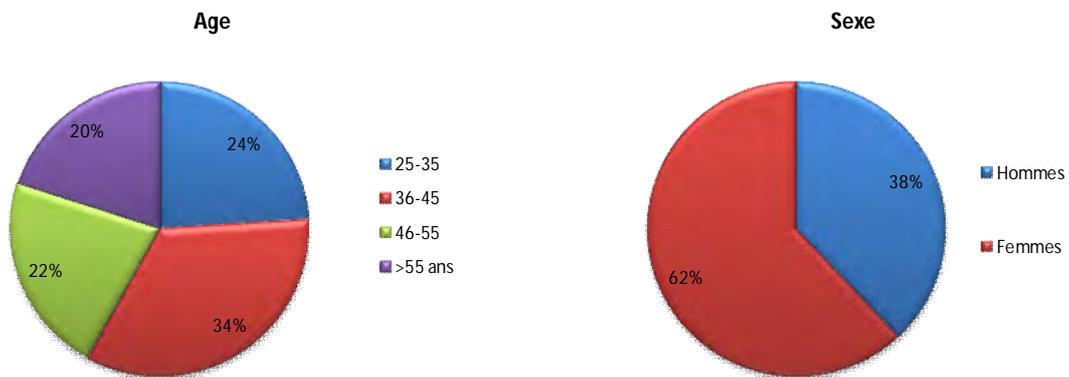
Pour les patients, les réponses convergent vers la même direction :

- moins de stress, détente, calme
- soins dans de meilleures conditions
- distorsion temporelle. C'est-à-dire que le patient ne voit plus le temps passer
- confiance
- moins de suites opératoires
- diminution des crispations
- diminution des idées reçues

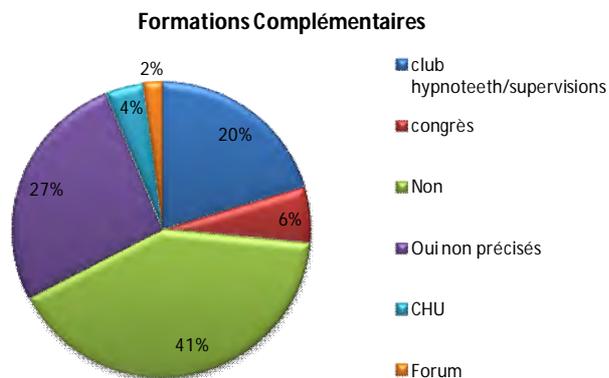
3.8. Ville et année de formation



3.9. Âge et Sexe



3.10. Formations complémentaires



Il est important de noter que 40% des praticiens n'ont pas souhaité faire de formations complémentaires à celle reçue par Hypnoteeth.

4. Discussion

La majorité des praticiens se sont formés à l'hypnose afin d'améliorer le confort des patients ainsi que leur propre confort. Ils visent une meilleure gestion du stress et de l'anxiété afin de travailler dans de bonnes conditions.

Les praticiens utilisent l'hypnose au quotidien dans de multiples situations (stress, enfants, personnes handicapées, prise d'empreintes, chirurgie, autohypnose).

Ils reconnaissent que l'utilisation de l'hypnose peut être difficile mais en aucun cas ils ne parlent de véritables échecs. Une séance avec hypnose sera toujours mieux qu'une séance sans hypnose.

L'apport de l'hypnose permet aux praticiens de travailler dans de meilleures conditions de sérénité, d'apaisement. Ils parlent de bien être physique et moral et certains reconnaissent qu'ils prennent plaisir à travailler, ressentent de l'amusement.

L'apport de l'hypnose pour les patients est une diminution de l'anxiété, une relation de confiance améliorée. Les soins se déroulent dans de meilleures conditions.

Dans certains cas de phobie, l'hypnose permet au patient d'avoir accès aux soins sans sédation chimique et parfois d'éviter l'anesthésie générale.

CONCLUSION

L'hypnose, connue de longue date et reléguée au rang des « médecines parallèles » a souffert de l'indifférence du monde médical et de la découverte des drogues permettant la réalisation d'une anesthésie pharmacologique. Aujourd'hui, de nombreuses études montrent son intérêt notamment dans la gestion de la douleur et de l'anxiété.

Elle permet de servir le confort du patient de manière efficace, en lui apportant le calme et la confiance requis pendant les soins. Elle représente aussi une ressource pour le praticien, qui peut exercer dans des conditions de calme et de sérénité.

L'autohypnose utilisée par le praticien mais aussi par le patient permettra « de récupérer », d'évacuer le stress ou la fatigue.

Ce travail a cherché à mettre en avant l'intérêt de l'utilisation de l'hypnose. Notamment en endodontie où les problématiques d'anxiété et de douleur sont souvent retrouvées.

Le praticien dispose de nombreuses méthodes pour amener un processus hypnotique et il devra l'adapter en fonction de chaque patient (repérer le canal principal).

À travers notre étude, nous pouvons nous rendre compte que l'ensemble des praticiens s'est formé pour travailler dans de meilleures conditions et pour rassurer les patients qui malheureusement arrivent encore aujourd'hui dans un état d'anxiété anormal au sein de nos cabinets dentaires.

Nous devons faire changer cette image du dentiste « arracheur de dent » et plutôt tendre à véhiculer l'image d'une séance où le patient est *confortable... agréable...* et ce grâce à ce magnifique outil qu'est l'hypnose.

Le Président du Jury,

Le Directeur de thèse,

BIBLIOGRAPHIE

1 ARMFIELD JM, POHJOLA V, JOUKAMAA M, MATTILA AK, SUOMINEN AL, LAHTI AM

Exploring the associations between somatization and dental fear and dental visiting. *European Journal of Oral Sciences* (2011) Aug; 119(4):288-93.

2 CARTER

Pathways of fear and anxiety in endodontic patients. *International Endodontic Journal*. 2014 Nov 16; 2(11):642-53.

3 COJAN Y1, WABER L, SCHWARTZ S, ROSSIER L, FORSTER A, VUILLEUMIER P

The brain under self-control: modulation of inhibitory and monitoring cortical networks during hypnotic paralysis. *Neuron*. 2009 Jun 25; 62 : 862-75.

4 CORAH NORMAN L

Dental anxiety. Assessment, reduction and increasing patient satisfaction. *Dent Clin North Am*. 1988.

5 T DEFECHEREUX, C DEGAUQUE

L'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Étude prospective randomisée. *Annales de chirurgie, Elsevier*. Volume 125, Issue 6, July 2000, Pages 539–546.

6 DERBYSHIRE SW, WHALLEY MG, STENGER VA, OAKLEY DA

Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *Neuroimage*. 2004, Sep;23 : 392-401.

7 EITNER S, SCHULTZE-MOSGAU S, HECKMANN J, WICHMANN M, HOLST S

Changes in neurophysiologic parameters in a patient with dental anxiety by hypnosis during surgical treatment. *J Oral Rehabil*. 2006 Jul; 33: 496-500.

8 FABIAN T.K ET FABIAN G

Stress of life, Stress of death: Anxiety in dentistry from the viewpoint of hypnotherapy. Ann NY AcadSci, 30: 495-500, 1998.

9 FACCO E, CASIGLIA E, MASIERO S, TIKHONOFF V, GIACOMELLO M, ZANETTE G

Effects of hypnotic focused analgesia on dental pain threshold. Int J Clin Exp Hypn. 2011 Oct-Dec, 59(4):454-68.

10 FIELD AP, LAWSON J, BANERJEE R

The verbal threat information pathway to fear in children: The longitudinal effects of fear cognitions and the immediate effects on avoidance behavior. Journal of Abnormal Psychology 2008 Feb; 117(1):214-24.

11 KAUFMAN E, GOHARIAN S, KATZ Y

Adverse reactions triggered by dental local anes. Anesth Prog. 2000, Winter; 47(4):134-8.

12 KLEINHAUS

When pharmacologic anesthesia is precluded: value of hypnosis as a sole anesthetic agent in dentistry Spec Care Dent 1993, Jan-Feb;13 (1):15-8.

13 LABASTIE D

Hypnoanalgesie-en-odontologie. Mémoire pour le diplôme universitaire d'hypnose médicale et clinique. 2013, Réunion.

14 JACQUES ANTOINE MALAREWICZ – JEAN GODIN

De l'hypnose clinique à la stratégie thérapeutique. Ed ESF, Oct 2012

15 MILTON ERIKSON

Further clinical techniques of hypnosis: utilisation techniques 1959. Am J Clin Hypn. 2009 Apr; 51(4):333-40.

16 MILTON ERIKSON

L'hypnose thérapeutique : Quatre conférences - Milton Erickson, Jacques-Antoine Malarewicz, Judith Fleiss – 2009

17 PERETZ B

Confusion as a technique to induce hypnosis in a severely anxious pediatric dental patient. J Clin Pediatr Dent. 1996 Fall;21(1):27-30.

18 BRENDA L.STOELB, IVAN R.MOLTON, MARK P JENSEN AND DAVID R PATTERSON

The efficacy of hypnotic analgesia in adults: a review of the literature. Contemp Hypn Mar 1, 2009; 26(1): 24–39.

19 RAINVILLE P

L'expérience douloureuse et sa modulation cognitive : Apport de l'imagerie cérébrale fonctionnelle. Institut UPSA de la douleur. La lettre de la douleur. Novembre 2004.

20 RONIS DL, HANSEN CH, ANTONAKOS CL

Equivalence of the original and revised dental anxiety scale. J Dent Hyg. 1995 Nov-Dec. 69(6):270-2.

21 WOOD C, BIOY A.

De la neurophysiologie à la clinique de l'hypnose dans la douleur de l'enfant. Douleurs, 2005; 6,5:284-296

L'UTILISATION DE L'HYPNOSE EN ENDODONTIE

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS :

L'hypnose est un phénomène naturel au cours duquel le sujet connaît un état de distraction. Elle apparaît comme un outil thérapeutique de choix face à des troubles anxieux et face à une douleur.

Le praticien utilise les ressources du patient présentes dans son inconscient et les potentialise et ainsi il permet au patient de répondre à ses besoins. Le patient reste toujours maître de soi. Grâce à sa richesse l'hypnose lorsqu'elle est bien utilisée (chaque praticien adapte une méthode en fonction de chaque patient), permet de travailler dans de bonnes conditions de calme et de sérénité.

En endodontie, nous retrouvons deux problématiques principales : la douleur et l'anxiété, qui pourront être prises en charge par l'hypnose.

Au cours de notre étude, nous avons remarqué que de plus en plus de praticiens se forment à l'hypnose afin de travailler dans un milieu sain, sans stress et permettant au patient d'arriver au cabinet détendu.

TITRE EN ANGLAIS : Hypnosis' utilization in endodontics

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Odontologie Conservatrice et Endodontie (58.01)

MOTS CLES : hypnose, anxiété, douleur, communication, dépotentialisation conscience, stratégie thérapeutique, suggestion, autohypnose.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Chirurgie Dentaire. 3 chemin des Maraichers 31062 Toulouse Cedex 09

DIRECTEUR DE THÈSE : Docteur DIEMER Franck