



HAL
open science

Apport de l'hypnose médicale dans la gestion des patients au cabinet dentaire par le biais d'une formation spécialisée

Claire Thouvenin

► **To cite this version:**

Claire Thouvenin. Apport de l'hypnose médicale dans la gestion des patients au cabinet dentaire par le biais d'une formation spécialisée. Chirurgie. 2014. dumas-00935433

HAL Id: dumas-00935433

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00935433>

Submitted on 7 Feb 2014

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

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

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR en CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement par

Claire THOUVENIN
Née le 19 août 1987 à Ploemeur (Morbihan)

Le 21 janvier 2014

**Apport de l'hypnose médicale
dans la gestion des patients au cabinet dentaire
par le biais d'une formation spécialisée**

Directeur de Thèse
M. Yves DELBOS

Membres du Jury

Président	M ^{me} Caroline BERTRAND	Professeur des Universités
Directeur	M. Yves DELBOS	Maître de Conférences des Universités
Rapporteur	M ^{lle} Odile LAVIOLE	Maître de Conférences des Universités
Assesseur	M. Michel BARTALA	Maître de Conférences des Universités
Invitée	M ^{me} Amandine LAVAUD	Assistante Hospitalo-Universitaire

UNIVERSITE BORDEAUX SEGALEN

Président	M. Manuel TUNON de LARA
Vice Présidents	
<i>Conseil scientifique</i>	M. Pierre DOMINGUES DOS SANTOS
<i>Conseil des études et de la vie universitaire</i>	M. Nicole RASCLE
<i>Conseil d'administration</i>	M. Antoine de DARUVAR
<i>Relations Extérieures</i>	M. Vincent DOUSSET

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Directeur	M. Jean-François PELI	58-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Formation initiale	M. Yves DELBOS	56-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche	M. Jean-Christophe FRICAIN	57-02
Directeur Adjoint - Chargé des Relations Internationales	M. Jean-François LASSERRE	58-02
Coordonateur A.E.A.	M. Jean Marie MARTEAU	57-02

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-02
Mlle Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Jean	DAVID	Prothèse dentaire	58-02
Mme Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-02
M. J-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Melle Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme Cécile	BADET	Sciences biologiques	57-03
M. Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-02
M. Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Jean-Pierre	BLANCHARD	Prothèse dentaire	58-02
M. Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mlle Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M. Sylvain	CATROS	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
M. Stéphane	CHAPENOIRE	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M. Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M. Reynald	DA COSTA NOBLE	Parodontologie	57-01
M. François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M. Raphael	DEVILLARD	Odontologie conservatrice- Endodontie	58-01
M. Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-02
M. Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M. Dominique	GILLET	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-02

M. Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-02
M. Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme Dominique	ORIEZ	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Jean-François	PELI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M. Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
Mlle Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mlle Noélie	THEBAUD	Sciences biologiques	57-03
M. Eric	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

ASSISTANTS

M. Terence	BARSBY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme Aurélie	BARSBY-EL-KHODER	Prothèse dentaire	58-02
Mme Mélanie	BOES-HULLMAN	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Julien	BROTHIER	Prothèse dentaire	58-02
Melle Caroline	CHANE-FANE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Mathieu	CLINKEMAILLIE	Prothèse dentaire	58-02
M. Mathieu	CONTREPOIS	Prothèse dentaire	58-02
M. Guillaume	CRESTE	Prothèse dentaire	58-02
Mme Hélène	DENOST	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mlle Aurélie	DUARTE	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Guillaume	FENOUL	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mlle Geraldine	FERRERO-MOURGUES	Orthopédie dento-faciale	56-02
M. Nicolas	GLOCK	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Melle Sandrine	GROS	Orthopédie dento-faciale	56-02
Melle Amandine	LAVAUD	Odontologie pédiatrique	56-01
Melle Alice	LE NIR	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme Karine	LEVET	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Melle Maria-Gabriela	MARC	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. Matthieu	MEYER	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Melle Darrène	NGUYEN	Sciences biologiques	57-03
Melle Virginie	PANNEREC	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Melle Candice	PEYRAUD	Odontologie pédiatrique	56-01
M. Jean-Philippe	PIA	Prothèse dentaire	58-02
M. Mathieu	PITZ	Parodontologie	57-01
M. Cyril	VIDAL	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M. François	VIGOUROUX	Parodontologie	57-01

MAJ 01/11/2013

Remerciements

**A notre juge et présidente,
Madame le Professeur Caroline BERTRAND,**

- Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
- Sous-section : Prothèse dentaire
- Responsable de l'Unité Médicale de Xavier-Arnozan
- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Docteur de l'Université Bordeaux2 : mention Sciences Biologiques et Médicales, option Sciences Odontologiques
- D.E.A. de Paléo Anthropologie à l'Université Bordeaux 1, Habilitation à diriger des Recherches.
- D.I.U. Laser et Médecine, Université Bordeaux 1 et 2
- C.E.S de Prothèse dentaire, option Prothèse Adjointe Partielle
- C.E.S de Prothèse dentaire, option Prothèse Adjointe Totale

*Je vous remercie sincèrement de tenir le rôle de présidente de mon jury de thèse.
L'occasion pour moi de vous remercier pour votre enseignement et vos précieux conseils durant mon cursus universitaire.
Veuillez, Madame le Professeur, par le biais de cette thèse, recevoir le témoignage de ma profonde gratitude et de mes sentiments les plus respectueux.*

**A notre juge et directeur,
Monsieur le Docteur Yves DELBOS,**

- Maître de conférences des Universités- Praticien hospitalier
- Sous-section : Odontologie Pédiatrique
- Docteur en chirurgie dentaire
- Docteur de l'Université Bordeaux 2, mention sciences biologiques et médicales, option sciences odontologiques
- Maître en biologie humaine
- Certificat International d'Ecologie Humaine (Université Bordeaux 1)
- D.U d'Hypnose médicale
- C.E.S Technologie des matériaux
- C.E.S Odontologie légale
- C.E.S Odontologie chirurgicale
- C.E.S Odontologie pédiatrique
- Expert près la cour d'appel de Bordeaux

*Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté la direction de cette thèse. Votre disponibilité, vos précieux conseils et votre infaillible soutien m'ont permis de mener à bien ce travail. Et pour cela, je vous en suis profondément reconnaissante. J'ai réellement apprécié découvrir l'hypnose à vos côtés. De plus, je vous remercie pour la qualité de vos enseignements durant mon cursus universitaire.
Monsieur Delbos, veuillez trouver, ici, l'expression de ma profonde gratitude et de mes sentiments les plus respectueux.*

**A notre juge et rapporteur,
Madame le Docteur Odile LAVIOLE,**

- Sous-Section de prothèse dentaire
- Maître de conférences des Universités
- Praticien Hospitalier
- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Docteur en Sciences Odontologiques
- C.E.S de Prothèse Adjointe complète
- C.E.S de Prothèse Adjointe Partielle
- C.E.S de Prothèse Scellée
- C.E.S de Parodontologie
- C.E.S d'Odontologie Légale
- Master « Droit de l'expertise appliquée à l'odontologie stomatologie » Paris VIII

Il était, pour moi, important de vous compter parmi les membres du jury, c'est donc un honneur que vous me faites en ayant accepté de juger ce travail. Mon cursus universitaire fut riche de vos enseignements, vos conseils et votre bonne humeur. Madame Laviolle, veuillez, par le biais de cette thèse, recevoir le témoignage de ma profonde gratitude et de mes sentiments les plus respectueux.

**A notre juge et assesseur,
Monsieur le Docteur Michel BARTALA,**

- Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier
- Responsable de la Sous-Section de Prothèse U.F.R Odontologie de l'Université Bordeaux Segalen
- Docteur en Chirurgie Dentaire
- Docteur de l'Université Bordeaux 2 : mention Sciences Biologiques et Médicales, option Sciences Odontologiques
- D.E.A. d'Anthropologie Biologique
- C.E.S. de Prothèse dentaire, option Prothèse Conjointe
- C.E.S. de Prothèse dentaire, option Prothèse Adjointe Partielle
- D.U. de réhabilitation Orale et Implantologie Clinique de l'Université Bordeaux Segalen

Je vous remercie d'avoir accepté si spontanément de faire partie de mon jury de thèse. C'est pour moi une immense joie et un honneur que de vous avoir à mes côtés en ce jour spécial. J'ai ainsi l'occasion de vous remercier pour la qualité de vos enseignements et votre bienveillance. Votre passion pour le métier force le respect. Monsieur Bartala, veuillez, par le biais de ce travail, recevoir le témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon amitié.

**A notre juge et invitée,
Mademoiselle le Docteur Amandine LAVAUD,**

- Sous-section : odontologie pédiatrique,
- Assistante Hospitalo-Universitaire,
- Docteur en chirurgie dentaire,
- C.E.S Biologie de la bouche, option anatomie-physiologie,
- C.E.S Pédodontie-prévention,
- D.I.U Odontologie pédiatrique clinique approfondie.

*Je vous remercie de me faire l'honneur d'être parmi mon jury de thèse. Je n'ai eu que peu d'occasions de travailler avec vous à l'hôpital mais chaque intervention de votre part m'a marquée par votre douceur et votre gentillesse.
Veuillez, Mademoiselle Lavaud, recevoir par la biais de ce travail ma profonde et respectueuse gratitude.*

A mes professeurs universitaires et hospitaliers,

Merci à tous d'avoir partagé votre savoir et votre expérience durant ces six belles années d'étude.

Aux équipes soignantes, aux secrétaires et prothésistes du CHU de Pellegrin et de Xavier-Arnozan,

A mes formateurs en Hypnose : Claude Parodi, Kenton Kaiser et Yves Halfon,

Découvrir l'hypnose avec vous fut une belle et riche expérience. Je vous remercie de la qualité de vos enseignements ainsi que de m'avoir autorisée à me servir de votre formation comme support de thèse.

TABLES DES MATIERES

Introduction	13
1. La Peur	14
1.1 De quoi parle-t-on ? :.....	14
1.1.1 Peur, anxiété et angoisse.....	14
1.1.2 Le Trouble anxieux généralisé.....	15
1.1.3 La phobie.....	17
1.2 Vivre la peur	18
1.2.1 Les signes physiques : ce qui se perçoit de l'extérieur.....	18
1.2.2 Les signes physiologiques : ce qui se vit de l'intérieur.....	19
1.2.3 Les réactions neurologiques : ce qui se passe dans le cerveau.....	20
1.3 La peur du soin	21
1.3.1 Peur de la maladie.....	21
1.3.2 Peur de la douleur.....	22
1.3.3 La peur du dentiste.....	23
2. Hypnoteeth : formation à l'hypnose en dentisterie	27
2.1. Présentation de la formation	27
2.1 1. Objectifs et intérêts :.....	27
2.2 Module 1	28
2.2.1 Qu'est ce que l'hypnose ?.....	28
2.2.2 Cerveau et hypnose.....	31
2.2.3 Comment obtenir une transe hypnotique ?.....	33
2.2.4 Exercices pratiques :.....	38
2.3 Module 2 : utilisation des méthodes hypnotiques au cabinet dentaire	41
2.3.1 L'hypnose conversationnelle.....	41
2.3.2 Les différents types d'induction en hypnose formelle.....	48
2.4 Module 3 : spécialisation	56
2.4.1 L'autohypnose.....	57
2.4.2 Neurones miroirs :.....	60
2.5 Module 4 : gestion	62
2.5.1 La douleur :.....	63
2.5.2 Construire une relation.....	66
2.5.3 Les résistances.....	67
3. Enquêtes	72
3.1 Questionnaire à destination des praticiens en formation Hypnoteeth	72
3.1.1 Présentation et objectifs.....	72
3.1.2 Matériels et Méthodes.....	72
3.1.3 Résultats du questionnaire.....	73
3.1.4 Les praticiens Hypnoteeth convaincus.....	76
3.2 Questionnaire patient :	77
3.2.1 Présentation et objectifs.....	77
3.2.2 Méthode.....	77
3.2.3 Echantillon.....	78
3.2.4 Résultats du questionnaire.....	78
3.2.5 Les chiffres à retenir.....	81
3.3 Discussion	82
CONCLUSION	84
Annexes	85
Bibliographie	94

Introduction

Que ce soit inscrit dans la mémoire collective ou que cela fasse référence à une mauvaise expérience, aller chez le dentiste est source d'angoisse. Si la plupart des patients ressentent une simple appréhension à l'idée d'un soin dentaire, d'autres présentent une réelle phobie. Cette phobie enferme alors le patient dans un cercle vicieux d'évitement de soin provoquant douleur et culpabilité. Ce sentiment handicapant devient alors un obstacle dans l'exercice de notre métier. La place du dentiste est de ce fait complexe, il doit assurer les soins dentaires tout en adoptant un comportement rassurant.

Mais lorsque la peur est trop grande, lorsque le patient refuse le soin, comment trouver les mots pour mener à bien son traitement ? Existe-t-il un moyen pour que le patient soit soigné sans éprouver aucun stress ? Et surtout sans que ce stress nous soit communiqué ? Nous savons combien l'attitude du patient influe sur notre confort mental.

Oui, Il existe un outil qui permet de rendre le soin plus agréable pour le patient et pour le praticien. Cet outil est connu de tous, car nous sommes tous dotés de ce talent, il a seulement été oublié. Cette thèse a pour but de vous réapprendre à communiquer pour instaurer un climat de confiance. Cette forme de communication est appelée hypnose médicale. Loin de l'hypnose « spectacle » à laquelle vous devez penser, cette méthode de relaxation permet de détourner l'attention du patient, pour qu'il se sente « ailleurs ». Au-delà de la méthode, l'hypnose est une véritable philosophie de vie qui est bénéfique aussi bien aux patients qu'au praticien et son équipe dentaire.

Mais alors comment la pratiquer ? Obtient-on réellement des résultats ? Sommes-nous tous capables de l'appliquer ? Dans un premier temps, nous tâcherons de comprendre en quoi le cabinet dentaire est si anxiogène. Puis au travers d'une formation privée consacrée aux dentistes nous expliquerons les mécanismes de l'hypnose et son intérêt dans la pratique de l'exercice dentaire. Ainsi nous apprendrons tous les « trucs et astuces » pour rendre notre métier le plus confortable possible. Enfin une dernière partie mettra en lumière l'avis des dentistes participant à la formation sur les bénéfices que leur apporte l'hypnose au quotidien par le biais d'un questionnaire. Et afin de connaître le taux de patients stressés nous avons également questionné les patients.

*« Quand on cède à la peur du mal, on ressent déjà le mal de la peur. »
Beaumarchais - Le Barbier de Séville (1775)*

1. La Peur

Le cabinet dentaire est un endroit anxiogène parmi d'autres, chaque individu a ses propres peurs et chaque peur a ses spécificités et ses conséquences.

En effet la peur est un état émotionnel stressant qui provoque des manifestations physiques comme des tremblements, des sueurs, une accélération du pouls, ce sont des réponses normales face à un danger mais lorsque cette peur devient incontrôlable et pathologique on parle alors de phobie.

Il est difficile de décrire ce sentiment de malaise qui nous envahit parfois. **Peur, angoisse, anxiété, phobie** ... termes souvent utilisés sans savoir leur réelle signification.

A travers plusieurs définitions nous tenterons de dissiper les confusions possibles...

1.1 De quoi parle-t-on ? :

1.1.1 Peur, anxiété et angoisse...

La peur, nom féminin du latin « Pavor » (effroi, épouvante, crainte), se définit comme un sentiment de forte inquiétude, d'alarme, éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé [42] [43].

Cette émotion pousse à éviter le danger ou bien à le combattre, concept du combat-fuite, « fight or flight ». La peur qui se manifeste instinctivement, de façon immédiate en réponse à un stimulus, correspond à un rôle de protection. Mais, il est important de savoir identifier les dangers réels pour ne pas devenir l'esclave de sa peur.

Si la peur est une émotion qui répond à un stimulus défini, l'anxiété qui se situe au-delà de la simple inquiétude, nous projette dans un futur possible. Robert Dantzer nous explique que l'anxiété est plus apparentée à un danger diffus et une situation incertaine qu'il faut anticiper. Cela correspond à un sentiment indéfinissable d'insécurité, qui peut prendre la forme d'un affolement intérieur devant une menace confuse et ambiguë. Dans le langage courant, l'anxiété cède souvent la place au stress, qui définit une réaction naturelle, une mise en tension permettant de mobiliser nos ressources face à une tâche à accomplir ou un danger à

affronter. Un stress intense ou prolongé peut devenir néfaste et donc source de divers troubles (anxiété, fatigue, ulcère gastrique, angine de poitrine....) [43].

Quant à l'angoisse, du latin *angustia* (resserrement), elle définissait à l'origine les manifestations physiques (spasmes, sudation, dyspnée, accélération du rythme cardiaque, vertiges, etc....) en rapport avec une anxiété profonde [43]. Dans son acception psychiatrique « *une anxiété très intense peut déboucher sur une véritable crise d'angoisse, caractérisée par un crescendo des symptômes physiques* » [11] qui se construit sournoisement [19].

Les crises d'angoisse, ou attaques de panique, sont des manifestations de véritables malaises physiques et psychiques ponctuels et répétés. Elles surviennent souvent dans un environnement de stress et d'anxiété permanents. Il existe un véritable cercle vicieux, chaque attaque provoquant un climat qui favorise l'apparition de nouvelles crises. Le traitement repose sur une prise en charge psychothérapeutique et un traitement médicamenteux avec des calmants (anxiolytiques). Des antidépresseurs peuvent être prescrits pour lutter contre une dépression associée.

Des techniques de relaxation peuvent apporter une aide non négligeable pour lutter contre l'apparition des crises d'angoisse¹.

Alors **Angoisse** ou **Anxiété** ? L'anxiété est une expérience émotive de la même lignée que l'angoisse. Ces deux émotions peuvent être associées : des crises d'angoisse peuvent survenir sur un fond d'anxiété, c'est ce que Freud nommait la « névrose d'angoisse ». On peut ressentir l'anxiété de nouvelles crises d'angoisse : c'est la « peur d'avoir peur ».

Dans les deux cas il y a une préoccupation face à l'avenir, qu'elle soit aiguë (angoisse) ou chronique (anxiété), elle témoigne de façon plus ou moins consciente de sa propre fragilité [15].

1.1.2 Le Trouble anxieux généralisé (TAG) (annexe1)

L'anxiété est nécessaire à la vie, chacun en fait l'expérience à un moment ou un autre, elle nous alerte d'un danger imminent, d'un côté elle peut être productive et stimulante ou bien intense et paralysante. Si elle persiste elle peut se transformer en syndrome anxieux. En effet, si l'anxiété ressentie par la plupart des patients est bénigne, il existe en revanche une forme pathologique : le trouble anxieux généralisé (TAG) [10].

¹ http://www.doctissimo.fr/html/psychologie/stress_angoisse/articles/11992-stress-angoisse-anxiete.htm

Le TAG fait partie des maladies psychiatriques les plus courantes, touchant 10% des adultes, ainsi que les enfants, avec une dominance chez les femmes qui consultent trois fois plus.

Pour les patients atteints de ces troubles, il n'y a aucune corrélation entre la crainte d'une situation, d'un objet et le danger qu'ils représentent en réalité.

Par conséquent, cela se traduit par une anxiété permanente face à l'avenir, une peur systématique de l'imprévu. Impossible pour la personne de se réjouir face à un événement positif futur, elle appréhende toujours un imprévu. Les événements douloureux sont anticipés, Les capacités adaptatives du patient sont dépassées [7] [38] [21].

Selon la quatrième édition du « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » (DSM-IV est utilisé par les chercheurs, les médecins, les psychiatres et permet la classification des troubles de la mentalité.), le TAG se caractérise par un état d'anxiété permanent et une inquiétude excessive et incontrôlable concernant plusieurs situations et activités (concernant la vie quotidienne : professionnelle, familiale, affective, sociale). Le DSM-IV établit aussi que l'anxiété est accompagnée d'au moins trois symptômes somatiques parmi les suivants : agitation ou sensation d'être survolté, fatigabilité, difficultés de concentration ou trous de mémoire, irritabilité, tensions musculaires et difficultés de sommeil [4] (annexe 1).

Les facteurs de risques pour les syndromes anxieux sont génétiques, biologiques, comportemental et environnemental.

Les sujets vulnérables à l'anxiété et aux phobies présentent certaines particularités telles que :

- Sensibilité aux stimuli corporels
- Capacité d'imagination hors du commun
- Focalisation de l'attention excellente
- Haute susceptibilité hypnotique

Généralement ces patients surestiment les risques, sous-estiment leurs ressources et répètent des schémas comportementaux rigides [10].

Environ 7 à 15 % de la population souffre de troubles d'anxiété. Dans l'état de panique, caractérisé par des crises récurrentes, la personne ressent des étourdissements et des douleurs au niveau de la poitrine; elle a l'impression d'étouffer et transpire abondamment. Ces crises peuvent durer de quelques minutes à quelques heures. La crainte d'être victime d'une autre attaque et le sentiment d'impuissance qui s'ensuit compliquent la situation et exacerbent l'anxiété. Il existe d'autres formes d'anxiété telle que la peur d'objets particuliers (phobies) [1].

1.1.3 La phobie (annexe 1)

Plus spécifique, la phobie, du grec ancien « phobos », est une forme de trouble anxieux centré sur un objet. C'est une peur panique, incontrôlable, élective et souvent injustifiée d'une situation, d'un objet ou de l'accomplissement d'une action, par exemple, avoir la phobie des espaces ouverts et/ou de la foule (agoraphobie) [43].

Il faut souligner le caractère démesuré, irrationnel, de cette peur excessive qui déclenche une réaction disproportionnée face à un stimulus perçu comme menaçant, qui perturbe la vie sociale des patients et les conduit à éviter des situations banales du quotidien [10] [4].

Si les formes mineures sont courantes dans la population générale, les formes sévères et invalidantes sont quant à elles rares. Le taux de prévalence ponctuelle va de 4 à 8.8 %, et le taux de prévalence vie entière va de 7.2 à 11.3%. Le taux de prévalence diminue chez les personnes âgées.

Dès l'enfance, la fréquence est identique pour les deux sexes. Le ratio femme / homme est de l'ordre de 2 / 1, même chez les personnes âgées. Cependant, la répartition selon le sexe varie selon les types de phobie spécifique :

- Sous type animal et environnement naturel : 75 à 90 % chez les femmes.
- Phobie type injection / sang : 55 à 70 % chez les femmes.

Le risque est plus grand chez les membres de famille de sujets présentant des phobies spécifiques. Les peurs de sang et des accidents ont un fort caractère familial².

Nous l'aurons compris, la peur est une expérience qui se manifeste de manière subjective, elle est guidée par les émotions et la cognition de chaque individu. Mais la peur est également trahie par des signes plus objectifs. En effet, elle présente des composantes somatiques (comportement, mimiques) et viscérales (les réactions physiologiques) [11] [19].

² <http://psychiatrie.free-h.fr/troubles-anxieux/epidemiologie-phobies-specifiques-simples.html>

1.2 Vivre la peur

1.2.1 Les signes physiques : ce qui se perçoit de l'extérieur...

• **Le visage :** Chez l'Homme, parmi les différentes émotions, sept se distinguent universellement : la joie, la tristesse, la peur, la colère, la surprise, le dégoût et le mépris. Elles s'expriment chacune par des mimiques significatives, c'est-à-dire une sollicitation particulière des muscles de la face.

S'il est aisé de détecter l'état émotionnel d'une personne, la peur est plus difficile à reconnaître que la joie ou la tristesse. En effet, sur photos du visage, la peur n'est identifiée que dans 51 à 78% des cas contre 98% pour la joie, la tristesse ou la colère [17] [20].

Une méthode a été mise au point par les psychologues Paul Ekman et Wallace Friesen en 1978 permettant de coder les mouvements du visage humain : le Facial Action Coding System (FACS). C'est devenu le principal outil de description utilisé dans les études sur l'expression faciale. Mis à jour en 2002, le FACS permet de décrire les actions isolées d'un ou plusieurs muscles du visage, ces actions sont appelées AU (Action Unit). Il existe une trentaine d'AUs principales dont les combinaisons permettent de décrire environ 10 000 expressions faciales. [14]

Voici selon le FACS les muscles mis en jeu lorsqu'un visage exprime la peur :

- lever le front intérieur et extérieur
- abaisser le front
- lever la paupière supérieure
- étirer les lèvres
- séparer les lèvres
- ouverture de la mâchoire

• **Le langage du corps :** La peur peut se lire sur le visage d'une personne mais également à travers son comportement. On note une hypertonicité musculaire : le corps se raidit, les muscles se tendent, la personne est crispée. On dit que la personne est frappée de stupeur, elle se fige. Des agitations nerveuses des extrémités du corps trahissent l'état émotionnel de la personne.

1.2.2 Les signes physiologiques : ce qui se vit de l'intérieur...

Palpitations cardiaques, gêne respiratoire, transpiration, vertige... Darwin, décrit bien la façon dont la peur saisit : « *L'homme effrayé commence par se figer comme une statue, immobile et sans respirer, ou s'accroupit comme instinctivement pour échapper au regard d'autrui. Le cœur bat violemment, et palpite ou bat contre les côtes... Les poils sur la peau se dressent ; et les muscles superficiels frissonnent. Du fait du changement de rythme cardiaque, la respiration est accélérée... La bouche devient sèche, est souvent ouverte et fermée.* » [12]

- **Manifestations cardio-vasculaires** : Généralement une émotion provoque un changement du rythme cardiaque, soit une tachycardie et une hypertension, soit à l'inverse une bradycardie et une hypotension si l'émotion est trop intense. Cela provoque des palpitations, une impression de cœur serré.

- **Manifestations respiratoires** : L'expression « avoir le souffle coupé » traduit l'apnée produite en cas de surprise. La respiration se coupe, la fréquence respiratoire diminue ou bien au contraire le rythme s'accélère et devient irrégulier. Dans tous les cas, la respiration se voit perturbée et entraîne une hypoventilation, donnant cette sensation de suffocation.

- **Manifestations viscérales** : L'anxiété entraîne une spasmodicité de l'appareil digestif. Les spasmes accélèrent le transit et provoquent une sensation de « ventre noué » entraînant nausées, douleurs, diarrhées, ainsi que :

- des contractions musculaires au niveau de la vessie qui peuvent donner envie d'uriner,
- une modification de la sécrétion salivaire par excès ou insuffisance ;
- une augmentation de l'activité des glandes sudoripares. En effet, on peut dire que la peur a une odeur. Une personne qui ressent de la peur libère une molécule spécifique via la sueur³. L'entourage perçoit cette molécule, ce qui active une zone spécifique de leur cerveau. Pour la chercheuse Betina Pause⁴ « *Cela signifie que l'anxiété, quand elle est perçue, provoque une réaction physiologique qui suscite la sympathie* ».

³ http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/08/26/peur-rime-avec-odeur_3466654_1650684.html

⁴ <http://www.7sur7.be/7s7/fr/1522/Societe/article/detail/930226/2009/07/15/La-peur-a-une-odeur.dhtml>

• **Manifestations sensorielles** : Un ou plusieurs des cinq sens peuvent être touchés en cas de peur panique. La vision peut devenir floue, l'ouïe diminuer, tout comme il est possible qu'une perturbation transitoire de l'oreille interne provoque des vertiges.

De plus, la peur modifie la voix, celle-ci devient plus aigüe et sa variabilité augmente. On parle de voix blanche lorsque la voix est privée de sonorité par la frayeur [11].

1.2.3 Les réactions neurologiques : ce qui se passe dans le cerveau...

« Il ne peut y avoir de peur sans stimulation sensorielle : avant d'avoir peur, nous entendons, nous voyons, nous sentons, nous goûtons ou nous ressentons quelque chose qui la déclenche »

Ces signaux sensoriels donnent l'alerte au cerveau qui active le système nerveux autonome par la libération d'hormones : l'adrénaline et la noradrénaline [21] [11] [9].

La connaissance des circuits cérébraux et des molécules-clés impliquées dans les manifestations de l'anxiété a fait de grands progrès depuis quelques années.

Depuis peu, Cyril Herry, de l'Unité INSERM 862 du Neurocentre Magendie, à Bordeaux, et plusieurs équipes suisses et allemandes, ont identifié pour la première fois des circuits neuronaux inhibiteurs impliqués au sein du noyau central de l'amygdale, spécifiquement responsable dans l'acquisition et le contrôle des réponses comportementales de la peur [9].

Ces mêmes chercheurs avec la collaboration de scientifiques suisses de l'Institut de recherche biomédicale Friedrich Miescher, dirigé par Andreas Lüthi, ont montré que le cortex est également une zone clé pour les apprentissages émotionnels. Le cortex, zone la plus importante du cerveau, est généralement associé à de hautes fonctions cognitives. Cette étude, publiée dans la revue *Nature*, constitue un travail d'avant-garde en matière d'exploration des émotions dans le cerveau. [21]

Pour la première fois, des expériences sur des souris ont permis aux scientifiques de visualiser le trajet d'un stimulus sensoriel dans le cerveau lors de l'apprentissage de la peur et d'identifier les circuits neuronaux sous-jacents. Il a été mis en évidence qu'au cours de l'apprentissage de la peur, un microcircuit « désinhibiteur » au niveau du cortex s'active. *« Ainsi, pendant une courte fenêtre temporelle au cours de l'apprentissage, la libération d'acétylcholine dans le cortex permet l'activation de ce microcircuit et la désinhibition des cellules de projection excitatrices du cortex. () Ce phénomène de désinhibition corticale est donc indispensable à l'apprentissage de la peur. Cette découverte ouvre des perspectives cliniques intéressantes et les chercheurs peuvent désormais imaginer, dans des situations bien précises, comment empêcher qu'un traumatisme se mette en place et ne devienne*

pathologique » [21].

Le circuit de la peur pourrait emprunter les voies suivantes : les informations sensorielles convergent vers la région centrale du thalamus, puis vers les structures corticales supérieures et les centres spécialisés de l'hippocampe (siège de la mémoire) puis enfin vers l'amygdale (centre d'analyse des menaces). Les fibres sortant de l'amygdale stimulent l'hypothalamus et le tronc cérébral provoquant des réponses motrices et automatiques de la peur, par le biais de l'adrénaline [36].

1.3 La peur du soin

Le milieu médical est ambivalent : il incarne la santé ou la maladie. A chaque individu sa représentation du soin. Pour certains, le milieu hospitalier peut paraître hostile et empreint de souffrance. L'environnement, le langage médical, les professionnels de santé sont des éléments auxquels le patient se sent totalement étranger. Or, l'inconnu est source d'angoisse. En effet, l'être humain a besoin de maîtriser la situation pour se sentir en confiance, il a besoin de points de repère et d'informations adaptées à son niveau de compréhension. Derrière le soin se cache la peur de l'inconnu, de la maladie, de la douleur et de la mort.

1.3.1 Peur de la maladie

Selon l'OMS, la maladie est un dysfonctionnement d'origine psychologique, physique ou/et sociale, qui se manifeste sous différentes formes.

La maladie représente donc une défaillance pouvant parfois entraîner la mort. Derrière la peur de la maladie se cache donc la peur de la souffrance ou de la mort. Aussi, une maladie peut annoncer des contraintes liées aux soins, à la prise de médicaments, des changements dans les habitudes du quotidien. Rien que l'annonce d'une hypothétique maladie est redoutée. En effet, l'annonce du diagnostic fait naître la maladie dans la conscience du patient alors qu'elle était déjà présente. Tant que le sujet ne sait pas, il ne se considère pas malade. C'est pourquoi certains patients angoissent à l'idée d'une visite médicale.

1.3.2 Peur de la douleur

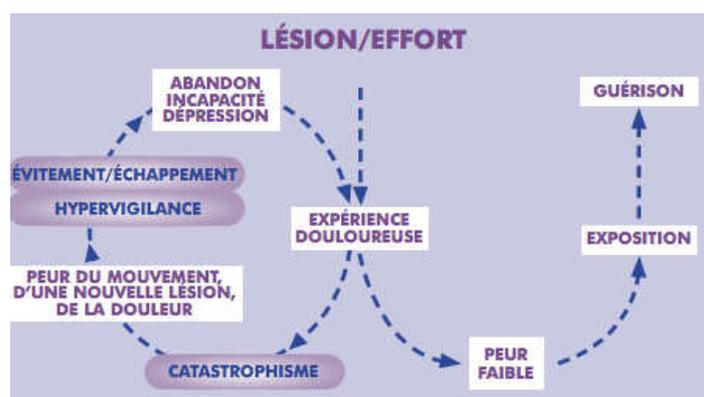
La douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle subjective, désagréable résultant d'une lésion tissulaire réelle ou potentielle » [25]. Elle a « un rôle important de protection et d'alarme, essentielle à la survie. » [25]. « D'une condition sociale et culturelle à une autre, et selon leur histoire personnelle, les hommes ne réagissent pas de la même manière à une blessure identique... La relation intime à la douleur dépend de la signification (de) celle-ci au moment où elle touche l'individu. » [8].

Mais que se passe-t-il lorsque nous anticipons un acte jugé douloureux ?

Il faut savoir que la douleur est indissociable de l'anxiété du patient. Il se crée donc un lien de cause à effet. Car l'anticipation de la douleur provoque le mal. L'idée est plus angoissante que la sensation elle-même.

Arntz et Kent suggèrent tous deux que les personnes se souviennent mieux de leurs attentes négatives d'un traitement dentaire que de l'expérience qu'ils ont réellement vécue. Le sous-titre d'Arntz est le suivant : « La peur d'un mal attendu est pire que le mal en lui-même ».

Aussi, d'après Vlaeyen, la peur exacerbe la douleur : « Si la douleur, causée par une lésion ou un effort, est interprétée comme menaçante (catastrophisme vis-à-vis de la douleur), la peur liée à la douleur progresse. Cela conduit à un évitement/échappement, suivi d'une incapacité, d'un abandon et d'une dépression, responsables d'une persistance des expériences douloureuses et donc d'un cercle vicieux de peur et d'évitement croissants » [39].



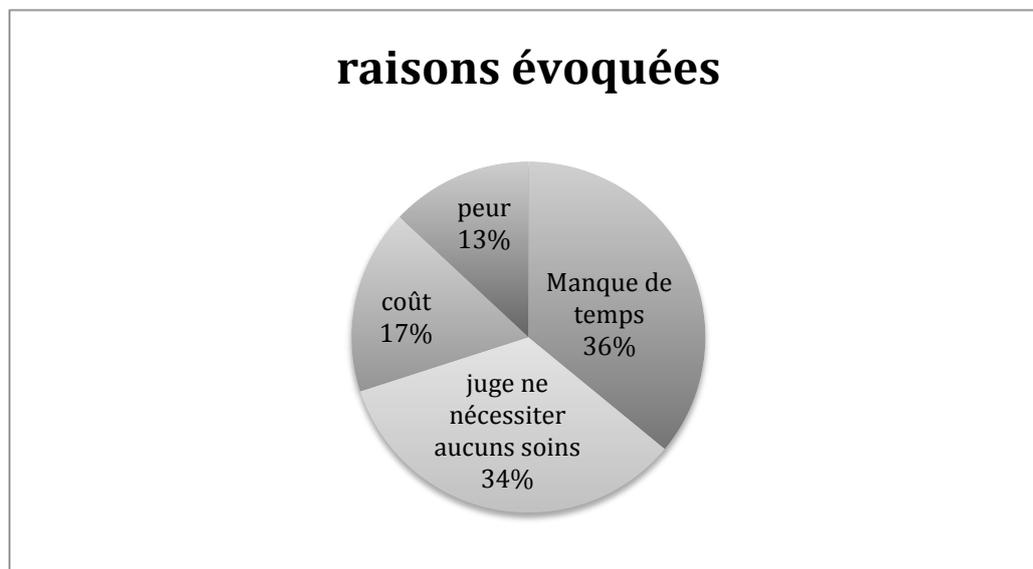
modèle cognito-comportemental de la peur liée à la douleur d'après Vlaeyen [39].

A l'inverse, il est possible de dire que certaines conditions permettent d'inhiber la douleur (par le biais de la concentration, la relaxation...) [8]. Et parmi les nombreuses professions médicales, le dentiste est peut-être le plus redouté...

1.3.3 La peur du dentiste

« *Je perds mes dents, je meurs en détail* » Voltaire.

La visite annuelle de contrôle dentaire est malheureusement une utopie. Selon une étude de Quteish Tanni la plupart des personnes arguent d'un manque de temps, de raisons économiques ou de l'inutilité de cette visite, quand 13% évoquent la peur [5].



A l'heure actuelle, tout est mis en œuvre afin de rendre la visite chez le chirurgien-dentiste agréable. En dépit des progrès techniques et des formations des dentistes de plus en plus axées sur le bien-être des patients, cette peur ancestrale persiste, et le taux de patients anxieux ne diminue pas. D'après un récent sondage de l'Ifop (institut français de l'opinion publique) près d'un français interrogé sur deux ressent des craintes à l'idée de consulter un chirurgien-dentiste. Alors est-il possible que nous ayons une « mémoire collective » ancrée qui nous inflige malgré nous cette peur innée ?

Qu'en est-il de notre environnement social et affectif ? Joue-t-il un rôle ? Ou bien une seule mauvaise expérience suffit-elle pour expliquer ce phénomène ? Peut-être que la réponse se trouve dans toutes ces hypothèses, nous tacherons de comprendre d'où vient cette peur pour mieux la contourner [3].

• *Inconscient collectif*

Freud identifie l'inconscient comme un ensemble d'émotions et pulsions non perçues par le conscient à travers le mécanisme de refoulement. A cet inconscient individuel Jung⁵ rajoute l'inconscient collectif composé d'éléments communs à l'humanité et transmis de générations

⁵ <http://www.cgjungfrance.com/Les-archetypes-de-l-inconscient>

en générations. Cet inconscient collectif s'est sans doute nourri des images de l'arracheur de dents où le charlatan exerçait aussi un spectacle de rue, « *le bruit des tambours masquait les cris du malheureux qui subissait les extractions* » [37]. La prise en charge psychologique du patient se limitait souvent à l'énoncé de quelques slogans d'où l'expression « mentir comme un arracheur de dents ». Ces clichés, parfois repris par des médias en mal de sensations contribuent à véhiculer l'image d'un incompetent, d'un boucher, voire d'un sadique⁶ ou d'un escroc⁷. A l'heure d'internet, la surinformation peut être responsable de désinformation. Les nombreux forums qui occupent la toile contribuent trop souvent à véhiculer les rumeurs, les idées fausses, et somme toute, amplifier les craintes des patients.

• **Les Facteurs individuels :**

- **Age et sexe :** La crainte d'aller chez le dentiste est augmentée chez les plus jeunes (61% des moins de 35 ans ont des craintes) et l'on compte plus de femmes parmi les patients anxieux car généralement plus sensibles et plus enclines à exprimer leurs émotions [5] [30].
- **Environnement social et familial :** Parmi les patients anxieux (ayant peur du dentiste) 13% le sont à cause d'une histoire désagréable arrivée à une personne de leur entourage. Ainsi un proche, ou du moins son discours, son comportement peuvent être à l'origine de nos craintes. Il n'est pas rare de voir des parents utiliser la menace de la visite chez le dentiste afin d'obtenir l'obéissance de leurs enfants. L'enfant associe inévitablement le dentiste à une punition [5]. Par ailleurs, selon le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, les inégalités de santé bucco-dentaire sont fortement corrélées avec les inégalités sociales dans l'ensemble de la population. Plusieurs facteurs contribuent à expliquer ces inégalités. Un facteur financier évident mais aussi un facteur socioculturel : « *la peur de soins réputés douloureux, l'attention apportée à son corps, et le niveau d'information en matière de santé ne sont pas également répartis dans la population.* »⁸ Et la peur du dentiste a pour conséquence l'évitement des soins et donc la détérioration de la cavité buccale [26] [5] [3].

⁶ Citons pour exemple « la petite boutique des horreurs » comédie musicale en 1986, réalisé par Frank Oz ou « le dentiste » Film d'horreur de Brian Yuzna, 1996.

⁷ Ainsi « 66 minutes » diffusait le 17 mars 2013 sur M6 un reportage intitulé « arnaques chez le dentiste ». Le titre évocateur fait bien passer le message. On y apprend par le biais d'un patient que son dentiste l'aurait sur-traité. Elisa Jadot journaliste de la chaîne précise « *Un dentiste malhonnête lui a dévitalisé plusieurs autres dents, complètement saines. Simplement pour gonfler ses honoraires. Et il n'est pas le seul praticien à mutiler la bouche de ses patients par appât du gain. Cette dérive concerne des cabinets dentaires dans plusieurs villes de France. Enquête sur un scandale.* »

http://www.m6.fr/emission-66_minutes/17-03-2013-66_minutes-2147521155.html#ixzz2TXjBzWAp

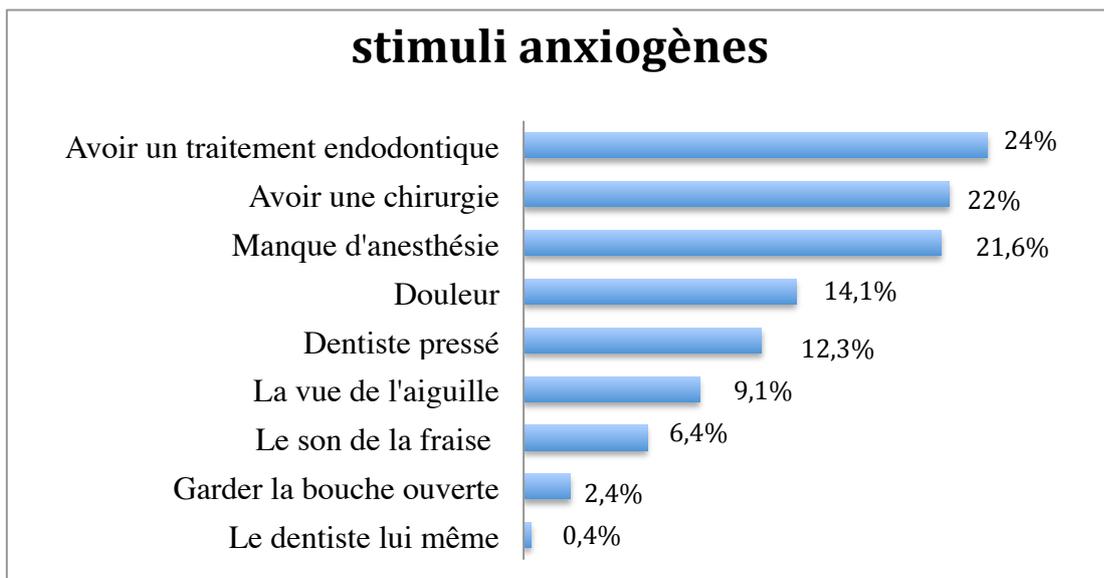
⁸ » <http://www.sante.gouv.fr/les-inegalites-de-sante-bucco-dentaires.html>

- **Expérience personnelle** : « D'après une étude réalisée en Belgique 94% des patients phobiques le sont à cause d'une seule séance antérieure particulièrement pénible » [13]. Cette expérience négative date de la petite enfance pour 70% des concernés. Il est effectivement très facile de provoquer une peur, même involontairement, chez un enfant [31].

Nous l'aurons compris, la peur prend naissance à travers nos expériences, notre caractère et notre héritage culturel. Et malheureusement, le contexte du cabinet dentaire ne fait qu'alimenter cette crainte et peut alors devenir une véritable stomatophobie. Le fauteuil dentaire se transforme en siège des émotions.

• **Les stimuli potentiellement anxiogènes :**

Une étude, apparaissant dans l'article « What are people afraid of during dental treatment ? Anxiety-provoking capacity of 67 stimuli characteristic of the dental setting » [30], a dénombré 67 stimuli au pouvoir potentiellement anxiogène. S'il est courant d'entendre « j'ai peur du dentiste » ou « je n'aime pas le dentiste » les patients craignent davantage les actes de chirurgie que le dentiste en temps que personne. Derrière ces phrases se cache un nombre important de facteurs responsables de la peur. Ainsi 25% des interrogés craignent les actes invasifs touchant la gencive, ou bien 24% redoutent les traitements endodontiques. Alors que seulement 0,3% ressentent une peur rien qu'à la vue du dentiste ou de la blouse blanche [30].



(Pourcentages tirés d'une enquête réalisée auprès de 960 personnes)

Tous ces facteurs contribuent peu ou prou à créer et installer la peur bien que chaque individu puisse être soit plus sensible à tel ou tel stimulus de façon spécifique [30]

En plus de soigner, le dentiste doit rassurer, expliquer, détendre mais parfois le stress est plus fort et l'emporte sur la raison. Bien qu'il existe des solutions médicamenteuses (sédatifs, anxiolytiques), certaines situations, certes rares, peuvent conduire le dentiste vers un échec de traitement, le poussant soit à orienter vers un autre confrère ou, cas extrême, un établissement proposant l'anesthésie générale.

Pourtant une autre voie s'offre aux praticiens démunis face aux patients les plus anxieux : l'hypnose médicale.

Souvent peu ou mal renseignés, la plupart des dentistes sont sceptiques voire réfractaires à l'utilisation d'une telle méthode. Perte de temps, manque d'intérêt, manque d'informations et de formations, les excuses sont nombreuses et variées. Il est vrai que l'hypnose ne prend que très peu de place dans le cursus universitaire et l'étudiant ou le chirurgien dentiste n'obtient des renseignements que par une démarche personnelle. Ainsi pour les plus curieux et les plus sensibles à la question de la gestion des angoissés, il existe différentes formations proposant l'apprentissage de l'hypnose médicale : citons par exemple les instituts Milton-Erickson, l'IFH (Institut Français d'Hypnose) ou plus récemment, Hypnoteeth.

Cette deuxième partie rapporte notre expérience personnelle de la formation Hypnoteeth, qui propose en 4 sessions de 3 jours la découverte et l'apprentissage de l'hypnose médicale. Elle est destinée aux professionnels de santé et plus particulièrement aux chirurgiens-dentistes, car dispensée par des confrères qui la pratiquent.

Après avoir présenté les intervenants, et les objectifs de cette formation, nous suivrons de manière chronologique les étapes de l'apprentissage de l'hypnose selon Hypnoteeth.

2. Hypnoteeth : formation à l'hypnose en dentisterie

2.1. Présentation de la formation

2.1 1. Objectifs et intérêts :

Hypnoteeth est le nom du site internet de l'AFHD (Association Francophone d'Hypnose Dentaire), association créée en 2001. Son objectif est la promotion des techniques de communication hypnotique dans le domaine de la santé. Créée pour former les chirurgiens-dentistes, l'AFHD a grandi en AFHMD (médicale et dentaire) pour ajouter la formation médicale. Hypnoteeth a également prévu des formations pour les assistantes dentaires et secrétaires médicales aux différentes techniques hypnotiques. Les formations sont dirigées par des dentistes et autres professionnels de santé qualifiés en hypnothérapie.

Cela se déroule sur 12 jours répartis en 4 modules de 3 jours consécutifs à Paris, Strasbourg et depuis peu à Toulouse :

- Le premier module est consacré à l'apprentissage de l'induction et des techniques de la communication hypnotique chez l'adulte et l'enfant
- La seconde session permet d'entrer dans la partie pratique de l'utilisation de l'hypnose dans le cadre du cabinet dentaire
- La troisième session aborde l'auto-hypnose puis nous apprend l'existence et l'influence des neurones miroirs dans le processus hypnotique.
- Le dernier module permet la révision et l'approfondissement des techniques acquises et de faire le bilan sur les expériences de chacun en cabinet.

Chaque module est alimenté par des vidéos de cas clinique et des exercices pratiques. Cela permet de mettre en application directe la théorie apprise. L'exercice est dans un premier temps expliqué et montré par un formateur avec l'aide d'un des participants puis il est répété entre élèves avec un jeu de rôle praticien-patient.

A l'issue de cette formation un diplôme d'hypnose médicale est remis, il atteste le suivi de la formation aux « techniques d'hypnose ericksonienne médicale et communications thérapeutiques »

2.2 Module 1

L'objectif de ce premier module est d'acquérir les connaissances de bases pour mener une séance d'hypnose au cabinet dentaire.

Nous avons d'abord défini ce qu'est l'hypnose et ce qu'elle engendre au niveau du cerveau. Puis avons appris que l'entrée en hypnose est permise par une phase appelée induction, or la communication a un rôle important dans cette phase d'induction.

Les exercices pratiqués dans ce premier module nous montrent la façon dont on accompagne le patient depuis son induction jusqu'à son retour.

2.2.1 Qu'est ce que l'hypnose ?

2.2.1.1 Les précurseurs :

Nous donnons ci-après quelques éléments succins de chronologie, l'histoire de l'hypnose justifierait une thèse à elle seule, les 3 noms qui suivent sont attachés à l'évolution des concepts théoriques de l'hypnose.

- **Mesmer** (1734-1815), médecin allemand, qui croit en l'existence d'un fluide magnétique corporel dont le dérèglement provoque les maladies. Il est connu pour ses célèbres séances collectives de magnétisme et reconnu être à l'origine de guérisons spectaculaires.
- **Puységur** (1751- 1825), élève de Mesmer, sera le premier à communiquer avec son sujet, c'est le début de la suggestion. Pour lui tout repose sur la suggestion et donc la volonté de l'hypnotiseur.
- L'abbé **Faria** (1746-1819) ouvre une autre voie à l'hypnose en rejetant les théories de Mesmer (existence d'un fluide) et de Puységur (volonté de l'hypnotiseur). Pour lui le sommeil magnétique dépend non du magnétiseur mais du patient lui-même.

Si l'apparition de molécules anesthésiques réduit l'usage de l'hypnose, cela reste un sujet de réflexion pour les neurologues tels que Jean Martin **Charcot** (1825-1893), Maître de Sigmund Freud, qui présente l'hypnose comme un symptôme de l'hystérie alors qu'Antoine **Liébault** (1823-1904) et Hippolyte **Bernheim** (1827-1919) de l'école de Nancy pensent que l'hypnose est le résultat de la suggestion.

Enfin c'est Milton H. **Erickson** (1901-1980), psychiatre américain, qui est à l'origine du courant ericksonien dont l'influence fut décisive dans la pratique de l'hypnose contemporaine [34].

2.2.1.2 Définition :

Du grec « hypnoun, s'endormir » l'hypnose est un état de conscience particulier, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion [43].

C'est un processus de conscience modifiée créé par le biais de la suggestion

Pour mieux comprendre ce que définit l'hypnose il faut avant tout la démystifier.

a) L'hypnose,

Ce n'est pas :	Mais c'est :
Une thérapie	Un outil
Une destination	Le voyage
Un sommeil	Un état modifié de conscience, une veille paradoxale
Un état de passivité	Un état d'activité. La mémoire, l'attention, la vigilance sont même amplifiées.
La mainmise de la volonté d'une personne sur une autre, une perte de contrôle.	Une relation de confiance et d'échanges.
De la magie	Une technique mise a disposition pour permettre d'avoir accès aux ressources du cerveau émotionnel

[23]

b) La transe hypnotique :

Nous venons d'apprendre que l'état hypnotique n'était pas du sommeil. On en déduit donc qu'il s'agit d'un état de veille. En veille il existe l'état de pleine conscience ou la conscience critique, la transe spontanée et la transe hypnotique.

La conscience critique nous permet de porter notre attention sur la réalité extérieure : le cabinet, les bruits, les odeurs, ou sur la réalité intérieure : la peur, la douleur...

La transe spontanée ou naturelle apparaît par le biais de la dissociation de plusieurs façons lorsqu'on :

- décroche de la réalité (être dans les nuages, le vague, la lune, on parle de méditation ou relaxation)
- concentre/focalise son attention (être captivé par un film, un livre, un spectacle qui nous coupe de l'environnement. Alors on ne pense plus à notre mauvaise position ou une mauvaise odeur car l'attention est portée ailleurs).
- se concentre sur une activité, il y a un clivage entre la conscience et l'activité (quand on joue un instrument, pratique d'un sport, ou acte de chirurgie). L'acte d'hyper-vigilance et les gestes précis font oublier le reste.
- a un comportement rythmique, répétitif (la psalmodie, la danse, le fait de se balancer).

Toutes ces trances sont intéressantes pour le praticien.

La transe hypnotique qu'elle soit légère, moyenne ou profonde est provoquée par une personne, une situation, une drogue, de la musique, des chants, ou par soi-même (auto-hypnose) ...

VEILLE : Les différents niveaux de conscience

CONSCIENCE CRITIQUE 	Réalité extérieure : le cabinet, les bruits... Réalité intérieure : j'ai peur, la douleur ...
TRANSE SPONTANEE	Dissociation : un trajet, un livre, un film, en classe...
TRANSE HYPNOTIQUE PROVOQUEE Légère/moyenne /profonde	Provoquée : par une personne, une situation, une drogue, de la musique, des chants, soi même...

[23]

2.2.1.3 les différents types d'hypnose :

Directive < > Permissive :

Tandis que l'hypnose directive impose une idée, la méthode permissive laisse le choix et donc augmente la créativité. En hypnose permissive on utilise des suggestions indirectes qui permettent de contourner les réticences.

« Fermez les yeux ! » < > « Vous pouvez laisser vos yeux se fermer ou non » [34].

Formelle < > Conversationnelle :

Dans le cadre de l'hypnose formelle, l'approche est différente, le phénomène hypnotique est expliqué, un contrat s'établit avec le patient en fixant des objectifs précis. Tandis que l'hypnose conversationnelle peut être utilisée avec tous les patients de manière routinière en utilisant des approches hypnotiques sans parler explicitement d'hypnose.

Auto-hypnose < > Hétéro hypnose :

L'hétéro-hypnose est une hypnose accompagnée, tandis que l'auto-hypnose se pratique seul.

2.2.2 Cerveau et hypnose

2.2.2.1 Cerveau droit et gauche

Avant de vouloir comprendre l'hypnose il faut savoir que notre cerveau interprète le monde de deux manières différentes. On peut dire que nous avons deux compréhensions du monde, soit deux cerveaux : l'hémisphère gauche, analytique, intellectualise les faits et leur donne un sens logique et l'hémisphère droit, analogique et intuitif, est guidé par les émotions.

Cerveau gauche	Cerveau droit
Compréhension intellectuelle = LA LOGIQUE	Compréhension analogique = LES EMOTIONS

Le cerveau émotionnel est légèrement en avance sur le cerveau logique. Cette légère avance est utile à l'hypnose mais peut aussi entraîner des désordres, les deux contribuent de façons différentes à notre vécu.

Soit ils coopèrent, soit un conflit existe. Comme le cerveau logique est plus lent il est plus vulnérable et c'est alors que le cerveau émotionnel prend le dessus.

Lors d'un deuil, d'une séparation, d'un conflit ou un traumatisme, le virtuel négatif infiltre le réel.

L'hypnose s'intéresse donc au cerveau droit émotionnel en se servant de cette légère avance pour réduire l'activité du cerveau gauche. Cela permet ainsi aux messages (sons, musiques, mots, silences) de passer directement au cerveau droit sans passer par la « douane » du cerveau gauche et de créer un changement comportemental, physique, psychique ou même biologique.

2.2.2.2 Imagerie

L'imagerie cérébrale a révélé de nombreuses différences d'activités qui distinguent l'état de veille normal et l'état hypnotique.

Des travaux de recherche, dont notamment ceux de Pierre Rainville ont montré que les changements subjectifs liés à l'hypnose sont accompagnés de modifications de l'activité neuronale.

Sous induction hypnotique, il y a une diminution significative de l'activité des régions corticales impliquées dans la douleur :

- diminution de l'activité du cortex somato-sensoriel primaire si la suggestion vise une diminution de l'intensité de la douleur « *vous pouvez tourner un bouton imaginaire pour diminuer la force de la sensation* »
- diminution de l'activité du cortex cingulaire antérieur et de l'insula, régions habituellement associées au système limbique.

La sensation de douleur est transmise au cerveau par l'intermédiaire de messagers, les neuromédiateurs. Or, l'hypnose peut bloquer la circulation de ces neuromédiateurs et par conséquent de la douleur dans le corps. Elle les empêche de "dire" au cerveau que tel ou tel endroit du corps souffre. De plus, l'hypnose diminue la quantité d'hormones de la douleur [6] [24] [32].

2.2.3 Comment obtenir une transe hypnotique ?

Une séance d'hypnose se déroule en passant de l'éveil à la transe par le biais d'une phase d'entrée dite « induction » et d'une phase de sortie dite « retour ».

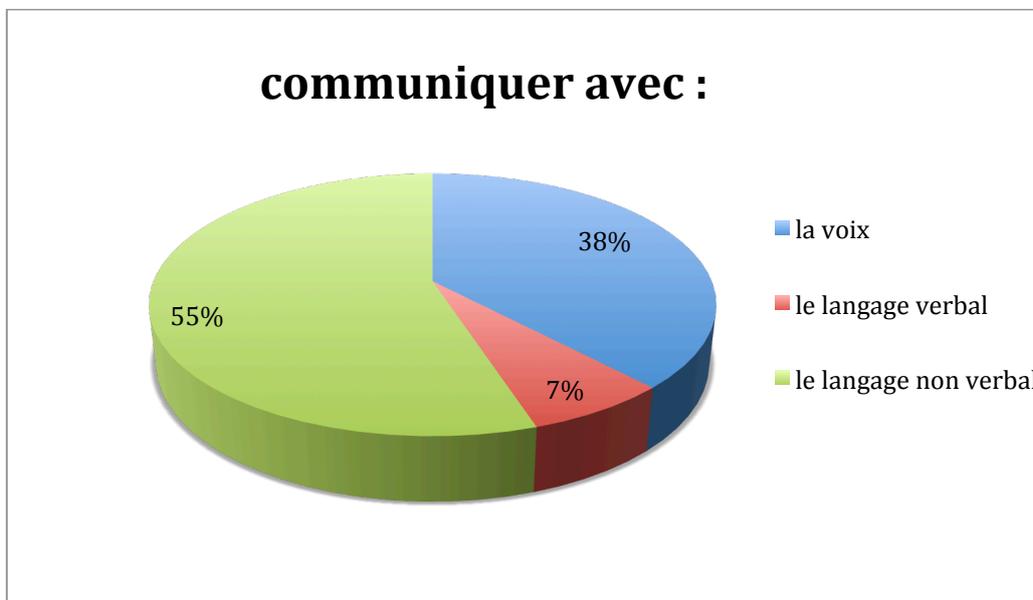
Induction-> Transe-> Retour

Pour obtenir cette induction il est avant tout indispensable de savoir bien communiquer avec le sujet.

Ce premier module nous a appris les différents moyens d'induire une transe par le seul biais de la communication. En effet, il existe un lien puissant entre communication et hypnose.

2.2.3.1 La communication :

D'après une étude de Mehrabian, la communication passe à 7% par le langage verbal (les mots utilisés) à 38% par la voix (le timbre, le rythme, les pauses, les silences...) et 55% par le langage non verbal (les gestes, les mimiques, le regard...) [27].



Ainsi lors d'une séance d'hypnose il faut savoir adapter ces trois langages et plus particulièrement le langage corporel.

a) La voix

La voix du thérapeute constitue, pour le sujet, le lien le plus immédiat avec l'extérieur.

Elle est marquée par :

- L'intonation, les nuances qui sont de préférence basses. Le timbre est grave.
- Le rythme doit être lent et accompagne la respiration.
- Les pauses et silences. Les pauses doivent respecter le rythme respiratoire du sujet. On parle sur l'expiration du sujet. Il ne faut pas craindre de couper une phrase. Un silence a pour but de renforcer l'attente ou bien de permettre au sujet d'accomplir la tâche qui lui est proposée. Cependant, une phrase non terminée peut devenir une suggestion ouverte ou même prendre un autre sens.⁹
- orientation : vers une partie du corps, vers un point extérieur.
- Le saupoudrage correspond à accentuer les mots positifs, de protections, de sécurité et de bien-être dans le discours. Il s'agit d'inclure des éléments de ce que l'on désire obtenir comme « *le calme, la détente, le confort* » qui seront perçus par l'inconscient du sujet.

b) Le langage verbal : [28]

Les mots, le vocabulaire, la syntaxe jouent un rôle important lors d'une séance d'hypnose. Ici, nous avons appris à éviter quelques erreurs de communication et la façon dont les mots peuvent favoriser une induction hypnotique.

- La négation : [28]

Il faut savoir que l'inconscient n'entend pas la négation. Dans la phrase « *N'oublie pas de poster la lettre* » : le cerveau entend oublie la lettre, il est préférable de dire « pense à la lettre »

Ainsi au cabinet si nous souhaitons rassurer le patient en disant « *cela ne sera pas douloureux, n'ayez pas peur* » alors il se produit l'effet inverse le patient retiendra la douleur et la peur.

Il est en effet inévitable de s'inquiéter si une personne nous dit « *ne vous inquiétez pas* » alors que tout allait bien. Car cela montre qu'il pourrait y avoir une raison de s'inquiéter.

⁹ Document interne Institut Milton.Erickson : www.hypnosium.com

En revanche la négation peut être utile quand nous voulons obtenir un comportement spécifique. Par exemple : « *vous n'êtes pas obligé de m'écouter* » ou « *Je ne sais pas si vous pouvez **entrer en transe*** »

La négation est un excellent moyen de contourner les résistances, donner du confort dans l'inconscient.

La triple négation engendre la confusion et donc au final l'acceptation.

Par exemple, « *Il n'existe personne qui ne sait pas qu'il ne s'empêche pas d'entrer en hypnose* »

- **Les suggestions ouvertes :**

Elles permettent de donner le choix au patient « *vous entendez un bruit/son* » plutôt qu'une suggestion fermée « *vous entendez le vent* ». Cela permet de laisser la place à la créativité imaginaire du patient.

Exemple : « *beaucoup de choses peuvent venir dans votre esprit ou votre corps...* »

- **Les suggestions couvrant toutes les possibilités :**

« *Vos yeux peuvent se fermer à moins qu'ils ne préfèrent rester ouverts ou bien cligner entre les deux* »

- **Le questionnement :**

Le questionnement est à utiliser avec prudence ! C'est le mode le plus courant pour recueillir des informations verbales et pour orienter l'attention du sujet mais chaque question est une suggestion puissante. Certaines questions sont à éviter, par exemple, demander à son patient « *avez vous froid ?* » même s'il répond « non », l'idée du froid va peut être rester dans son esprit et créer du froid. C'est donc la même chose avec « *avez vous peur des piqûres ?* » « *êtes vous angoissé ?* » il est préférable de demander « *quelle sensation avez vous ?* »

Le questionnement est donc à manipuler avec beaucoup de précautions.

- **L'implication**

L'implication est une suggestion indirecte, une supposition. Ce n'est pas ce qui est dit qui est important, mais ce que le sujet entend.

L'implication a une notion de temporalité et respecte la dynamique interne du patient « *quand vous serez installé, votre respiration deviendra différente* ».

Cette phrase implique qu'il y aura un changement et qu'il arrivera à un moment voulu.

- **Le contenu du langage :**

Le langage simple interfère, il est préférable d'utiliser le langage du patient. Et souvent utile de répéter l'information délivrée par le patient.

- **Le double lien ou alternative illusoire :**

Pour créer un lien on va relier deux notions en introduisant une conjonction entre elles :

« *Vous êtes assis sur cette chaise ET vous pouvez entrer en transe* »

Le double lien est un choix illusoire : « *Tu peux aller jouer avec tes amis et me laisser seule* »

« *Tu te couches maintenant ou dans 10 minutes ?* » Dans les deux cas l'enfant sera couché mais il pense avoir eu le choix.

Au cabinet dentaire, si plusieurs soins sont nécessaires chez un enfant on peut lui dire : « *Tu préfères qu'on commence par le coté gauche ou le coté droit ?* » ou « *Tu montes seul ou avec de l'aide sur le fauteuil ?* » (cf.Hypnosium déjà cité p.38).

- **Le truisme :**

C'est l'affirmation d'une évidence « *on est mardi, il est 11h05 et vous êtes assis sur le fauteuil* ».

L'utilisation du truisme permet de mettre le patient dans une position d'acceptation qui répond psychiquement « oui » à ce que dit le praticien, d'où la dénomination de « Yes set ». En faisant plusieurs suggestions auxquelles le patient dit « oui », se crée une tendance à dire oui à une nouvelle proposition de manière automatique [28].

b) **Le langage non verbal :**

C'est le langage inconscient : en général le patient ne triche pas avec son non verbal. Il peut manifester des signes révélateurs tel que des tremblements, des poings serrés, un pied qui bouge, un regard... etc.

Le dentiste possède également son propre langage corporel, ainsi le patient voit la blouse, la poignée de main, les mouvements, les attitudes, les odeurs...

Le langage non verbal est une source d'informations majeures sur le problème, l'évolution de l'échange, la focalisation positive ou négative, l'évolution d'une rencontre à l'autre.

En effet, l'hypnothérapeute doit être attentif aux manifestations du sujet. Le langage corporel donne un premier signalement¹⁰ et favorise la synchronisation, la bonne communication entre patient et praticien.

Le langage non verbal permet de voir la congruence avec le discours verbal.

2.2.3.2 L'accompagnement

L'hypnose c'est accompagner la personne de l'induction jusqu'au retour.

Il existe différents types d'accompagnement permettant de conduire le sujet dans un état hypnotique.

- le VAKOG :

Le VAKOG, terme acronyme, désigne un outil d'accompagnement qui s'appuie sur la sensorialité du sujet :

- V : visuel
- A : auditif
- K : kinesthésique
- O : olfactif
- G : gustatif

Il est important de suivre le vakog dans cet ordre et de savoir que chaque individu possède un sens plus développé ou plus sensible.

Prenons l'exemple d'une ballade en mer. Un même événement vécu par deux personnes peut créer en eux des souvenirs totalement différents, ainsi l'un gardera en mémoire la force du vent, tandis que l'autre se souviendra de l'odeur de la mer. Le premier est donc kinesthésique alors que le second est olfactif.

Nous reviendrons sur cet accompagnement via les exercices.

- Un souvenir agréable :

Le praticien va demander au patient de lui décrire une situation agréable qu'il aimerait revivre (un lieu de vacance, une activité). Le praticien pose un certain nombre de questions au patient qui vont l'aider lorsqu'il racontera à son tour la situation agréable au patient. Dans ce type d'accompagnement il est très important de réemployer les termes utilisés par le patient et de

¹⁰ Désigne une technique hypnotique de reconnaissance des communications inconscientes.

s'appuyer sur ce qu'il a décrit. Il faut éviter le piège de laisser notre imagination s'approprier son souvenir. La précision est de rigueur.

- par l'imagination :

Le praticien crée un scénario, il invente de toute part une histoire pour détendre le patient et l'emmener ailleurs, par le biais de métaphores.

2.2.4 Exercices pratiques :

Voici les exercices que nous avons réalisés au cours de ce premier module.

- conseils généraux:

Il faut se mettre en groupe de 3 personnes : un patient, un praticien et un observateur.

En alternant à tour de rôle, les exercices sont donc répétés trois fois puis les expériences de chacun sont mises en commun.

L'observateur doit se positionner de sorte à ne pas gêner le patient et le praticien.

Comment détecter la transe ? Les critères de la transe commune sont :

- immobilité du corps et des yeux (ou réduction très importante des mouvements),
- visage « lisse »,
- régularisation respiratoire,
- détente musculaire,
- concentration du patient sur le praticien,
- réduction de sa distraction,
- de façon générale, changement de l'attitude du patient vers une « focalisation de l'attention ».

Axe principal :

- **La position du corps doit être confortable** : faire décroiser bras et jambes
- **Le saupoudrage** : c'est à dire l'utilisation de mots calmes (*confortable, calmement, doucement, prendre plaisir*)
- **Le retour** à un état de conscience plus attentif : dire à la personne que la séance se termine, qu'elle peut revenir tranquillement à son rythme, confortablement à son état habituel.

Ou retour en comptant lentement de 1 à 5. En cas de retour trop rapide cela peut engendrer des nausées, un sentiment de fatigue.

Il faut également se synchroniser avec le patient par le ton et le rythme de la voix, la respiration, la gestuelle, les attitudes corporelles et la reformulation.

Points importants :

Si pendant une induction un objet tombe bruyamment soit le patient ne réagit pas alors il ne faut pas y prêter attention, soit la personne sursaute alors lui dire calmement que quelque chose est tombé (en état d'hypnose il est rare que le patient soit perturbé par un bruit).

De plus, en hypnose on travaille souvent avec des images ou banales ou les concernant. Or, certaines personnes peuvent avoir un peu plus de mal à les visualiser, ou ne le souhaitent pas, alors il vaut mieux leur dire « *retrouve toi confortablement au milieu d'un nulle part confortable* ».

Exercice 1 : Le VAKOG

Il s'agit d'accompagner sur la sensorialité de l'extérieur vers l'intérieur...

Il faut donc suivre l'ordre précis : visuel, audition, sensations tactiles, odorat, et gout.

- V : « *vous pouvez voir le ciel dehors, la couleur des murs de la pièce, les formes...* »
- A : « *vous pouvez entendre les sons à l'extérieur (la ville) et ceux de la pièce, ainsi que le bruit de votre respiration* »
- K : « *vous pouvez sentir le poids de votre corps sur la chaise, vos pieds sur le sol...* »
- O : « *vous pouvez prendre une grande inspiration et sentir les odeurs de la pièce...* »
- G : « *vous pouvez déglutir et prendre plaisir à goûter votre salive...* »

Exercice 2 : Accompagnement dans un vécu agréable :

Le patient raconte un souvenir agréable qu'il a envie de revivre. Il est important de préciser au patient de choisir un souvenir qui soit agréable car il y a plus de chance que ce souvenir soit mauvais. Puis le praticien note les informations dont il va pouvoir se servir pour lui raconter à son tour la même histoire. Il faut interroger la personne afin de connaître son sens développé, son VAKOG.

Voici un exemple d'une personne qui raconte son souvenir à la montagne et son arrivée en télécabine avec ses pas dans la neige qui font « *crouch crouch* », on remarque qu'elle est kinesthésique.

Le praticien lui dit ensuite :

- « *Est ce que tu peux **tranquillement** (saupoudrage) regarder devant toi, **tranquillement, simplement, regarder devant toi, un point fixe, oui respire bien** (ratification), en même temps tu peux entendre les sons de l'intérieur de la pièce. **Tranquillement** ».*

- « *Tu ressens l'appui du corps, des pieds dans le sol, **tranquillement**, à ton aise, **simplement**, tu te sens bien ».*

- « *Et puis (...) ¹¹ peut être tu peux maintenant, **doucement**, fermer les yeux (...) tu recherches, ton inconscient recherche le **calme, le confort** (...) **tranquille** () ¹²*

- ***Prendre plaisir** à une expérience (...) ressentir une très grande sécurité. »*

- « *Et puis maintenant (...) commencer à rêver. Est-ce que ta mémoire peut te redonner maintenant (...) les bonnes sensations de ton arrivée à la montagne () Peut être ton esprit te devance (au cas où elle soit déjà arrivée en haut) tranquillement (...) et ton plaisir peut venir () ».*

-« *Cette montée en télécabine (elle nous en a parlé ! Ne jamais évoquer au hasard, car on risque de se tromper, c'est son souvenir pas le notre !) (...) **Plaisir** d'arriver, cette **déconnexion** (mot employé par la personne avant donc il est bon de le réutiliser) (...) La sortie de télécabine. »*

- « *Et tu entends maintenant le son des pas dans la neige (...) tu marches dans la neige (...) oui... voila... (Elle sourit, prendre la même respiration que la personne !). Tu sens le frais sur le visage (...) Une vraie **déconnexion**. Prendre plaisir à ce monde en évoquant le merveilleux des sensations. () »*

- « *Et peut être que d'autres sensations te reviennent (...) du plaisir, du confort. Je vais me taire et te laisser profiter, vivre ce qui t'appartient ».*

Pour terminer faire revenir doucement et reprendre petit à petit un ton et un rythme de voix normal : - « *Ton inconscient reviendra avec confort, à ton rythme, en gardant en toi cette sensation de bien être, à ton rythme revenir ici. »*

¹¹ (...) désigne, par convention, une pause dans le discours.

¹² () désigne, par convention, un silence dans le discours.

Exercice 3 : Avec son imaginaire ...

Le praticien raconte une histoire inventée au patient.

2.3 Module 2 : utilisation des méthodes hypnotiques au cabinet dentaire

Le but de ce deuxième module est la mise en pratique au cabinet dentaire de la transe hypnotique. Nous avons, dans un premier temps, appris l'hypnose conversationnelle avec les enfants puis avec les adultes notamment grâce à l'utilisation de métaphores. Puis, nous nous sommes familiarisés avec les techniques d'hypnose dites formelles. Ainsi par le biais d'exercices pratiques, nous avons appris différents outils permettant d'obtenir une transe hypnotique, telles que la catalepsie, la lévitation ou l'analgésie hypnotique. Ces méthodes sont utiles à la fois pour gérer les craintes (dues à l'anesthésie, la peur de la douleur, les bruits...) mais aussi pendant les actes de chirurgie.

2.3.1 L'hypnose conversationnelle

Beaucoup de dentistes font de l'hypnose conversationnelle sans le savoir. Il s'agit d'un mode de communication plus performant qui permet d'établir une relation de confiance avec le patient. La mise en place de l'hypnose conversationnelle est relativement aisée car ici il n'y a pas besoin d'expliquer l'hypnose au patient. En réalité, l'hypnose commence dès le premier contact, il s'agit d'écouter le patient, de l'observer et de se mettre à son rythme.

Si au départ cela demande plus de temps que d'habitude, le gain de temps s'avère une évidence par la suite. En effet, grâce à cette forme de communication, il n'y a plus besoin de faire d'hypnose formelle chez 90% des patients qui appréhendent les soins. En gardant à l'esprit les différentes techniques de communication évoquées au premier module, nous avons approfondis les comportements à adopter face à un enfant puis un adulte dans le cadre d'une hypnose conversationnelle au cabinet dentaire [34] [13].

2.3.1.1 Le pouvoir des métaphores [23] [28] [16]

La métaphore sert à éclaircir un propos, on utilise du connu pour éclairer l'inconnu.

La métaphore la plus efficace est celle du patient donc il faut s'en servir. Dans les questions au patient, on lui demande de faire constamment des analogies pour décrire la douleur, la maladie, l'angoisse ressentie, etc.

Il est important d'utiliser les analogies pour décrire le traitement et ses effets attendus.

Un mot contient beaucoup d'images, de symboles qui vont directement traiter avec l'inconscient. La métaphore touche le corps par le biais des émotions et des ressentis. Il s'agit d'une alternative à la réalité que le praticien colle à la situation immédiate pour en permettre l'évolution et l'enrichissement.

La métaphore se superpose à la réalité du patient dans un processus de dissociation où il peut trouver la possibilité d'évoluer dans un système de référence lui convenant.

La métaphore crée une dissociation entre la réalité du patient et une autre réalité, celle contenue dans la métaphore. Dans la métaphore, le sujet peut trouver plusieurs « sens » parmi lesquels il peut choisir celui qui lui convient le mieux.

La métaphore mobilise les capacités imaginatives du patient mais aussi du praticien. Elle ouvre donc la porte à une approche synthétique des problèmes à l'opposé d'une approche explicative et interprétative [23].

Adulte ou enfant, il est important d'utiliser la métaphore. Nous allons voir de nombreux exemples.

2.3.1.2 Quelle attitude adopter avec un enfant ?

a) Dans la salle d'attente

Certains dentistes reçoivent directement le patient au fauteuil mais aller le chercher dans la salle d'attente permet d'obtenir beaucoup d'informations sur lui. On peut ainsi analyser son comportement. Est-il en train de jouer ? Est-il caché derrière ses parents ?

Il est important de l'appeler par son prénom, de s'abaisser à sa hauteur pour lui parler et d'observer son attitude face à notre « entrée de scène » et faire attention aux premiers mots et premiers regards « *bonjour Paul, un bisou ?* »

b) Dans cabinet dentaire

Une fois dans le cabinet dentaire, les points importants sont :

L'installation sur le fauteuil :

Il est préférable de laisser entrer les parents car c'est le meilleur moyen de pouvoir les faire sortir ensuite si jamais l'enfant est trop difficile.

- Si l'enfant a moins de 3 ans : il faut l'installer sur le père ou la mère.
- S'il a entre 3 et 6 ans : il faut qu'il s'installe seul en le lui proposant sous la forme d'un défi en **suggestion indirecte**, par exemple : « *tu arriverais à monter tout seul, tu penses, sur le fauteuil magique ? ou il faut t'aider ?* » Le fait de mettre en doute ses capacités va l'inciter à nous prouver qu'il est capable de faire ça seul.
- Entre 6 et 12 ans c'est l'âge de la méfiance (il se méfie du fauteuil soit disant magique).
- S'il a plus de 12 ans : âge de l'adolescence, il n'est pas intéressé par ce qu'on lui raconte. Astuce : la meilleure façon de se mettre un adolescent rebelle dans la poche c'est de s'opposer aux parents. En effet, ces derniers répondent souvent à la place de leurs enfants, il faut alors leur dire que l'on ne s'adresse pas à eux (puis, en aparté, expliquer la situation aux parents pour éviter de passer pour un dentiste odieux).

Discussion lors du lavage des mains : permet de préparer les « déguisements » (gants de Mickey ou de Shrek, cape de magicien) ainsi que les instruments.

Pas de soins, sauf urgence, lors de la première visite. Un contrôle de l'état bucco-dentaire est possible mais il s'agit avant tout d'une prise de contact. Il faut créer un climat de confiance avec l'enfant. Ce premier contact doit nous permettre de lui faire découvrir notre univers magique, le familiariser avec le fauteuil et les instruments. Il faut utiliser beaucoup de métaphores.

Faire frapper dans les mains avec de la poudre magique pour que le fauteuil s'abaisse. Par exemple, on lui demande de faire une « *grande bouche de lion* » pour bien ouvrir.

« *Tu sais combien tu as de dents ? Non ? On va compter alors !* » Il faut savoir tout présenter sous la forme d'un jeu.

Si on détecte plusieurs caries on peut proposer à l'enfant « *la prochaine fois, on soigne la petite ou la grande carie ? Le côté gauche ou le droit ?* » pour donner le choix illusoire. Il faut aussi expliquer ce qu'il se passera à la prochaine séance tout en lui disant qu'il va découvrir des choses pour éveiller sa curiosité et lui donner envie de revenir, c'est de la programmation.

Puis, toujours finir la visite par une récompense (surtout pour un enfant qui semblait très difficile au départ) que ce soit sous la forme d'un compliment ou bien avec un petit jouet. Il est en effet important de gratifier un comportement positif.

Voici l'exemple d'une première visite avec plusieurs façons d'entamer un dialogue :

« - *tu t'appelles comment? Tu as quel âge ? (...)*

- *8 ans*

- *et comment on peut vérifier ?* (Et non pas « je peux vérifier ? » car elle répondrait non), *peut être qu'on peut le mesurer avec mes mains ?* (On propose le jeu de calculer l'âge avec la hauteur des mains) *alors tu as dix-huit ans ? Non ? C'est ce que tu as dis pourtant ?* (Jouer sur les mots dis/dix)

Ou si l'enfant à 9 ans on peut s'amuser ; « *Mais tu as neuf tout neuf ? Tu viens de les avoir ? Non ? Alors tu n'as pas neuf neuf, tu as juste neuf* ».

- « *tu crois je suis dentiste ? Mais c'est comment un dentiste ? J'ai une tête de dentiste moi ? C'est quoi une tête de méchant ? Moi je suis magicien en vrai...* »

Et toujours faire des suggestions indirectes « *on regarde tes dents avec ou sans maman ?* »

c) Lors d'un soin : métaphores et reformulations

Le premier rendez-vous ayant permis la mise en confiance de l'enfant, le soin doit se dérouler sans encombre. Afin de garder sa confiance, il est important de lui expliquer ce qu'il va se passer et d'utiliser des métaphores.

Cela permet à la fois d'éviter les mots anxiogènes et de mobiliser les capacités imaginatives du patient et ainsi permettre une dissociation. En effet, l'inconscient du patient va recevoir des images et donc le séparer de la réalité.

Au moment de l'anesthésie :

L'hypnose ne dispense pas des « trucs » habituels : l'utilisation d'un gel anesthésique de contact type hurricaine qui existe en plusieurs goûts (fraise, cerise, melon), le choix judicieux de l'aiguille voire d'un chauffe-carpule.

Pour expliquer l'acte à l'enfant, on va donc utiliser de nombreuses métaphores.

La seringue devient une « *pompe à gonfler les dents* » (on peut même utiliser la seringue à vide et mimer le geste de pompe comme une pompe à ballon qui va s'envoler).

Il faut laisser le plus longtemps possible le capuchon sur l'aiguille et faire en sorte que l'enfant ne voit jamais l'aiguille.

- Au moment de la piqûre on peut apposer 2 gouttes d'anesthésiant dans la bouche de l'enfant qui va donc focaliser son attention sur le mauvais goût.
- L'injection doit être très lente.
- « *C'est pas bon ? Attends on va rincer avec un bon goût car ça n'a pas un bon goût (confusion)* ».
- On explique les sensations de l'anesthésie et on peut lui montrer dans un miroir qu'il est gonflé mais qu'il n'a pas gonflé (différence entre perception et réalité).
- Et le prévenir du risque de morsure.

Les aspirations :

La grosse aspiration devient « *une trompe d'éléphant* » et la petite « *un escargot qui boit de l'eau* ». On peut lui démontrer en mettant l'aspiration dans un gobelet. L'enfant est le dompteur d'escargot : « *Il faut que tu surveilles que l'escargot ne sorte pas de ta bouche car c'est son jeu, il adore sortir, mais toi tu es le dompteur, s'il sort il marque 1 point, s'il reste c'est toi qui gagne* » ici, cela permet non seulement de travailler avec l'aspiration en place mais aussi en ayant l'enfant focalisé sur sa mission, son attention est portée sur l'escargot et non plus sur le soin.

On peut l'appeler aussi « *aspirateur de langue* », l'enfant rit souvent quand sa langue se fait aspirer. Il est important de savoir tirer une situation comique à son avantage.

Les contre-angles :

Il y a celui qui chatouille ou celui qui siffle. Il faut attirer l'attention sur l'eau et le bruit.

Pour un garçon on peut comparer au bruit d'une moto et pour une fille on peut parler que ça brille comme les diamants sur les bagues de princesses.

Et si l'enfant a un problème, on lui demande de le manifester en levant la main (signaling) et on lui explique qu'il a le pouvoir magique de faire arrêter la fraise. Ainsi, croyant avoir le contrôle l'enfant est rassuré et la plupart du temps le soin se déroule sans interruptions.

Il faut aussi lui expliquer qu'il existe une différence entre une sensation et une douleur, par exemple, en appliquant une pression sur sa main.

Les produits et instruments :

- L'agent de mordançage devient « *la colle bleue de schtroumpf* ». Il faut aussi se méfier de la seringue car l'enfant s'inquiète de son embout pointu, il pense qu'on va le piquer... Faire éventuellement le test sur son doigt pour le rassurer.

- Le composite peut être de la « *pâte à fixe* » (on va réparer la dent),

- le coton salivaire est « *une gomme magique* »,

- la lampe à polymériser est « *une baguette magique* » ou « *le sabre laser de Buzz l'Eclair* » (oui, aujourd'hui les enfants ne connaissent plus Star Wars),

- le miroir est « *l'œil à dent* » (montrer à l'enfant qu'il peut voir son œil dans le miroir),

- la fraise devient la « *gomme à dent* » (faire sentir sur le doigt que la fraise ne pique pas mais qu'elle chatouille...)

En cas d'extraction, le davier peut être « *un oiseau qui vient picorer* », « *une grue à dent qu'on déplace à gauche, en haut, à droite* » ...

Une fois la dent extraite, on peut faire un tour de magie et cacher la dent dans une compresse ; la déposer dans la main de l'enfant qui doit le serrer très fort. On fait alors semblant de finir l'extraction (en fait on réalise le curetage). Puis on le fait mordre sur une compresse et l'enfant doit dire « *magie, magie, dent va dans ma main* » et comme par magie il ouvre la main et découvre sa dent.

Lors du soin ne pas hésiter à raconter une histoire, féliciter l'enfant, chanter une chanson, faire un jeu...

Puis à la fin du soin toujours penser à la récompense.

Et éventuellement à la programmation de la prochaine séance si nécessaire.

La fois suivante lui demander si il/elle se souvient de ce qu'il nous faut pour soigner la dent (régression).

2.3.1.3 *Quelle attitude adopter avec un adulte ?*

Il ne faut pas perdre de vue qu'un adulte reste un grand enfant et que la plupart des méthodes utilisées avec les enfants sont applicables avec les adultes.

a) l'accueil

Accueillir le patient directement dans la salle d'attente permet comme pour un enfant d'obtenir beaucoup d'informations. On peut ainsi regarder son attitude, sa façon de serrer la main, sa façon de se présenter.

b) au cabinet dentaire

L'installation au fauteuil :

Il est fréquent que le patient demande « *je me mets où ?* » ou « *je m'installe ?* » alors qu'il sait très bien où est sa place et que, oui, tôt ou tard il faudra bien monter sur le fauteuil, comme s'il cherchait à retarder inconsciemment ce moment. Il convient de répondre par l'humour « *à moins que vous vouliez ma place de dentiste vous c'est ici* ».

Le non verbal du patient est important, sur le fauteuil on voit les mains tendues, les pieds agités...

Nous entendons souvent « *je vous préviens j'aime pas les dentistes* » une fois de plus si le second degré est possible avec ce patient on peut répondre « *ça tombe bien je ne suis pas dentiste mais ... (autre chose)* » sinon répondre simplement « *ça tombe bien je ne suis pas dentiste mais Dr Dupont...* », dire son prénom, si cela est possible...

Il faut contourner la résistance et donner une suggestion indirecte.

Placement de la distorsion temporelle : reprendre une conversation débutée avant le soin peut faire paraître le soin plus court.

Discussion lors du lavage de mains : déplacer l'attention ailleurs en ayant une conversation légère ne parlant pas du soin.

c) première visite

Il est préférable de faire la présentation et l'anamnèse au bureau et non au fauteuil, il faut prendre le temps de faire connaissance et instaurer une relation de confiance mutuelle. Une fois l'examen fait, on explique les soins nécessaires et le plan de traitement dans l'ordre.

Après un soin, montrer avec un miroir ou une photographie le soin effectué permet de motiver le patient.

Si l'hypnose conversationnelle s'avère efficace pour créer un cadre rassurant et installer une confiance avec le patient, certains patients très anxieux demandent une attention particulière. On peut être amené alors à proposer une séance d'hypnose dite formelle.

2.3.2 Les différents types d'induction en hypnose formelle

La mise en place de l'hypnose formelle nécessite un peu plus de temps au départ, car il faut dissiper les croyances concernant l'hypnose. Il faut définir un cadre et un contrat avec le patient. Le patient doit se sentir libre et comprendre que c'est lui qui maîtrise la séance. C'est lui qui décide ce qui est bon pour lui.

Nous avons déjà vu, lors du premier module, comment créer une induction hypnotique par la fixation de l'attention ou l'évocation d'un souvenir agréable. Ici nous verrons que l'âge de l'enfant détermine le type d'induction à utiliser.

Puis, chez l'adulte, nous allons apprendre comment induire différents phénomènes permettant d'entrer plus facilement en état de transe telles que la catalepsie, la lévitation ou l'analgésie. Ces phénomènes inhabituels sont utilisés comme levier pour atteindre d'autres objectifs hypnotiques. L'objectif thérapeutique d'une séance d'hypnose formelle sera abordé au module 3.

2.3.2.1 Inductions hypnotiques selon l'âge de l'enfant : [41] [29] [40]

Pour faire de l'hypnose avec un enfant, il est nécessaire qu'une relation de confiance s'installe. Le dentiste doit pouvoir entrer dans le monde émotionnel et imaginaire de l'enfant. Les limites de cette technique sont principalement dues aux capacités créatives du thérapeute [41].

D'après Olness et Kohen il faut adapter les techniques d'induction en fonction de l'âge de l'enfant. [29]

a) de 0 à 2 ans : l'âge préverbal

On utilise un vakog adapté :

- Une stimulation tactile, kinesthésique : caresses, câlins, bercement...
- Une stimulation auditive : une musique, un bruit continu.
- Une stimulation visuelle : mobiles, objets qui bougent, couleurs qui changent.
- Une stimulation participative : tenir une poupée ou un animal en peluche.

Pour réussir l'hypnose à cet âge parler ne sert pas, il faut tout miser sur le vakog car ils n'ont que la sensorialité qui est développée. On a besoin de la voix de la maman, de sa musicalité. Il faut tester et être attentif à quel stimuli l'enfant est le plus réceptif pour valider ce qui fonctionne.

b) de 2 à 4 ans : l'âge verbal

Si nous sommes dans le même registre, l'imagination se développe mais l'enfant a besoin d'objets pour créer des scénarios.

On peut lui raconter une histoire avec un livre rapporté de la maison par exemple, ou lui parler à travers un animal familier, un jouet, une peluche ou même un téléphone.

c) de 4 à 6 ans : l'âge préscolaire

A cet âge, l'enfant possède des capacités à travailler avec le virtuel, il n'a plus besoin d'objets pour construire une histoire. Les enfants de moins de 6 ans ne font pas une claire distinction entre la réalité et leur monde fantastique. On peut donc travailler avec son imagination.

- Simuler de jouer ou pratiquer son activité favorite.
- Imaginer son endroit favori.
- Jeu du tableau magique où l'enfant dessine ou écrit un prénom que l'on doit deviner.
- Raconter une histoire ou en faire lire une.

d) de 7 à 11 ans :

Les enfants de cet âge ont des capacités très fortes à utiliser l'hypnose. Ils peuvent se concentrer, être absorbés et entrer en hypnose beaucoup plus facilement que les adultes [41].

Sur le même principe, on utilise l'imaginaire mais en se basant sur les centres d'intérêts de l'enfant. On s'intéresse à lui et on le laisse se confier. C'est lui qui nous donne les clés.

On évoque ainsi son activité favorite (sportive, artistique, jeux favoris, endroit favori).

On peut utiliser la focalisation de l'attention en lui demandant de fixer une pièce de monnaie ou de rapprocher ses mains ou encore de regarder fixement un point... puis commencer à parler de son activité favorite afin de l'aider à se plonger dans son univers.

Il faut savoir qu'à partir du moment où l'enfant parle de cette activité, il la vit déjà, des images se créent dans sa tête et il faut savoir s'en servir pour induire l'hypnose. On peut ainsi se retrouver avec un enfant sur le fauteuil dentaire en train de jouer de la harpe, de la guitare, faire du tir à l'arc ou bien pratiquer de l'équitation...

e) de 12 à 18 ans : l'adolescence

A l'adolescence, on se rapproche des techniques utilisées pour les adultes tout en pouvant utiliser celles des plus petits. A cet âge, il faut prendre des précautions et respecter ce qu'il est. Il est toujours dans l'enfance et c'est un moment délicat car il faut le pousser en avant vers l'âge adulte plutôt que de le faire régresser vers l'enfance.

Il est alors préférable d'adopter la position basse, lui donner envie de nous expliquer quelque chose. Par exemple, l'adolescent qui écoute de la musique « *fais moi découvrir ta musique, ça m'intéresse...* » ou celui qui joue avec un appareil électronique « *Montre moi ton jeu, je m'y connais pas du tout, ça a l'air sympa, comment ça fonctionne ?...* ».

2.3.2.2 Inductions hypnotiques par catalepsie, lévitation ou analgésie.

2.3.2.2.1 La catalepsie : [28]

Un bras est considéré être en catalepsie lorsque, placé dans une position par le praticien, il s'y maintient sans la participation du patient. Et cela sans fatigue et en l'absence de toute sensation désagréable.

Exemple : « *Peux-tu me prêter ton bras ?* » on lui lève le bras en tenant le poignet par le pouce et l'index et on lui fait faire des petits mouvements tout en parlant jusqu'à ce que le bras reste en l'air seul.

Pourquoi chercher à obtenir une catalepsie ? La catalepsie permet ou renforce l'induction, c'est un moyen de contrôler que celle-ci fonctionne. C'est aussi une dissociation d'une partie de son corps du reste du corps qui amènera d'autres formes de dissociation.

a) Exercice de catalepsie n°1 :

1. Introduire une transe au préalable, induire une dissociation (signaling, saupoudrage, ratification).

2. - Prendre la main par le dessus et dire « *je prends la main* » ou « *puis-je emprunter ce bras ?* » il vaut mieux prévenir qu'on va saisir le poignet, le prendre délicatement entre le pouce et l'index.

- Faire des petits mouvements pour désorienter la personne.
- Diminuer les contacts de vos doigts avec la main, sans lâcher et attendre que les muscles prennent le relais. Une légère pression vers le bas permet de contrôler si le patient résiste et augmente ainsi la catalepsie.
- Le mouvement de l'arrêt du contact se fait toujours vers le haut.
- Et lui dire par exemple « *et vraiment vous vous intéressez au reste de votre corps, à son confort...* »

3. - Descente du bras, associé à un confort interne

- Retour

b) Exercice de catalepsie n°2 : Le pacing

Procédure : demander quel bras veut travailler.

1. induction :

On travaille avec le non verbal : monter le bras du patient au rythme de sa respiration (c'est-à-dire le faire monter en inspiration et le faire légèrement descendre en expiration pour ainsi le faire monter progressivement).

2. Stabiliser :

On travaille avec le verbal : parler de légèreté, d'équilibre, de stabilité. Imaginer des ballons qui tiennent le bras, le bras est porté par quelque chose.

Et surtout penser à mettre du confort dans l'épaule puis faire partir le patient dans un endroit agréable...

3. Retour :

Raccompagner le bras sur le rythme respiratoire également, permet une réassociation fractionnée et respecte la cadence du patient.

c) Exercice de catalepsie n°3 : La montre

Procédure : se servir de la montre du patient pour induire la catalepsie

1. Induction :

Placer le bras du patient en catalepsie

Fixer son attention sur sa montre, le faire regarder la trotteuse

2. Stabiliser

« *Les choses autour deviennent floues... les contours de la montre deviennent flous...* »

3. Retour

« *Les contours redeviennent nets* »

Raccompagner le bras et retour aux sensations habituelles.

d) Catalepsie chez l'enfant sous forme de jeux :

- le tableau magique :

« *Veux-tu jouer avec moi ?*

Tu es droitier ou gaucher ? (Lui prendre la main = catalepsie)

à 3 tu auras le droit de laisser tes yeux se fermer, 1...2...3.

Dans cette main je te mets une craie magique (= hallucinations) elle change de couleur quand tu appuies ; dans l'autre main je te donne un chiffon pour effacer en cas d'erreur.

Tu veux dessiner ou écrire ? »

Et c'est parti !

- le tapis volant :

« *J'ai un tapis volant, veux-tu faire un voyage ?*

Regarde bien ta main (lui prendre la main= catalepsie)

à 3 tu auras le droit de fermer les yeux 1...2...3

Cette main qui s'envole devient un tapis magique : il est de quelle couleur ? (Hallucination)

On va pouvoir faire un voyage imaginaire, où veux-tu aller ? (Dissociation) »

Et c'est parti !

- le jeu favori :

« A quoi aimes-tu jouer ? A la Barbie (prendre son jeu favori) ?

Regarde bien ta main (prendre la main= catalepsie)

à 3 tu auras le droit de fermer les yeux 1...2...3

Dans cette main on met une Barbie, elle est de quelle couleur ? (Hallucination)

Dans l'autre une brosse, elle est de quelle couleur ? (Hallucination)

Voilà, tu lui fais une super coiffure »

Et c'est parti !

2.3.2.2.2 La lévitation du bras [28]

Pour les mêmes raisons que la catalepsie on peut proposer la lévitation du bras pour induire une transe hypnotique.

On propose la légèreté et la lévitation de la main en parlant sur l'inspiration du sujet.

« Prenez conscience de votre main et elle va commencer à vous paraître légère... prenez une grande inspiration et remarquez ce qu'il se passe... »

Les mains semblent plus légères car lorsqu'on inspire et que la poitrine monte, ça tire la main vers le haut. Donc si l'on donne des instructions pour que les mains paraissent légères au moment où la personne inspire ce sera vrai.

On peut commencer l'induction de la légèreté à partir d'une catalepsie, légèreté qui permettra à la personne de toucher son visage. Cela peut être combiné au développement d'une analgésie.

a) Exercice de lévitation du bras n°1 :

- Induction de la transe : extérieur/ intérieur

« Est-ce que vous pouvez vous sentir à l'aise avec vos deux mains tranquillement posées sur vos cuisses ? C'est bien... sans qu'elles se touchent...

Est-ce que vous pouvez aider l'une de vos mains à être posée si légèrement que les bouts des doigts touchent à peine vos cuisses ? ...

C'est bien. Pendant qu'elles se reposent si légèrement, est-ce que vous remarquez comme l'une d'entre elles a tendance à se soulever un tout petit peu d'elle-même à chaque fois que vous inspirez ? ...

Est-ce qu'elle commence à se soulever, encore plus légère, encore plus facilement d'elle-même, comme si elle flottait dans l'air, pendant que le reste de votre corps se détend de plus en plus ? ...

Et la main peu redescendre doucement et ton corps se sentir encore plus confortable »

- Retour.

2.3.2.2.3 L'analgésie

Une analgésie c'est-à-dire une disparition de la sensibilité à la douleur peut se produire par le biais des suggestions en état d'hypnose. Par exemple, il est possible d'induire une sensation de froid, une protection de la main par un gant. Ces différentes sensations peuvent ensuite être transférées à la joue et même à la dent.

« Nous pouvons affirmer que les patients sous hypnose activent, au niveau du cerveau, un réseau qui permet de mieux gérer la douleur et ils arrivent ainsi à réduire de façon importante la perception et le désagrément lié à leur douleur » [24].

a) Exercice d'analgésie n°1: le gant de protection

1. Induction

- Regarder la main fixement.
- Demander de mettre un gant de chez soi : laisser le patient le choisir, gant de laine, gant de toilette, gant en latex... Mieux vaut démarrer avec un gant personnel « *quelle texture a-t-il ? De quelle couleur est-il ?* »
- Lui demander de l'envelopper dans du coton : accompagner et faire un geste qui s'enroule autour de la main.
- Puis dans une résine à plâtre, dans des matières de plus en plus dures et de plus en plus épaisses.
- Faire éprouver la sensation tactile de dureté en tapotant sur le mur ou le bureau pour faire résonner un son ferme.

2. Test

- Tester le gant puis l'autre main : la personne doit moins ressentir les sensations sur la main gantée, sinon lui demander de continuer à l'envelopper.
- Transférer à l'autre main : suggérer au patient de passer le gant d'une main à une autre.
- Test à nouveau.

3. Retour

- Retirer le ou les gants,
- les placer quelque part chez soi (permet de le retrouver facilement si besoin !).

b) Exercice d'analgésie n°2 : le froid ou la main invisible

1. Induction

- Réaliser une catalepsie du bras, lui demander de regarder sa main « *regarde ta main comme jamais tu ne l'as regardée* » et laisser le patient se débrouiller pour que sa main disparaisse.
- Si vraiment cela ne fonctionne pas seul, lui suggérer une sensation de froid dans la main ou que la main devienne invisible (main dans la neige, la mer, de la glace, de l'eau froide, une peinture invisible).
- Puis attendre le ressenti du patient.

2. Test

- Tester la main froide puis l'autre main.

3. Retour

- Retirer le froid.

c) Exercice d'analgésie n° 3 : le crayon magique

1. Induction

- Tester la main (pincement), raconter l'histoire du crayon magique ou prendre un bic « spécial ».
- Poser le crayon magique sur la main,
- étaler sur la main : déplacer le stylo en spirale ou en soleil, montrer et accompagner la diffusion...

2. Test

- Tester à nouveau la main puis l'autre.
- Laisser diffuser de la substance magique dans tout le corps ou une partie spécifique (bloc incisivo-canin par exemple).

3. Retour

- Ramener le patient avec une suggestion post-hypnotique de bien-être ou autres bienfaits...

d) Exercice combinant catalepsie, lévitation et analgésie :

1. Induction : catalepsie

- Placer les mains face au visage (paumes tournées vers le visage) : « *Laquelle est la plus chaude ? Laquelle est la plus légère ?* ».
- Le faire en même temps que le patient (c'est-à-dire faire du « mirroring »).
- Suggérer la légèreté sur l'inspiration et parler au présent et penser à toujours saupoudrer : « *bien, oui très bien...parfait* ».

2. Lévitation

- « *Plus la main monte plus elle devient légère* »
- « *Plus la main devient légère et plus elle s'engourdit* »

3. Transfert de l'analgésie

- « *Lorsque la main touche le visage l'anesthésie passe de la main à la joue, la lèvre, la gencive, la dent...* »
- « *Et tout ce qu'il vous semble nécessaire à s'endormir s'endort...* »
- « *Lorsque c'est bien endormi, la main peut redescendre doucement* »

2.4 Module 3 : spécialisation

Jusqu'ici nous avons appris à induire une transe hypnotique, ce troisième module nous permet d'utiliser l'hypnose à des fins thérapeutiques. Si l'hypnose est utile pour la gestion des patients angoissés, nous pouvons aussi leur donner les clés afin de gérer eux-mêmes leurs stress grâce à l'auto-hypnose.

Ainsi, ce module nous apprend la pratique de l'auto-hypnose qui, nous le verrons, s'avère tout aussi utile pour le praticien. L'hypnose est un outil puissant dont on peut tirer de nombreux bénéfices : améliorer un comportement, changer une habitude. Ainsi, nous verrons en quoi la découverte de neurones miroirs et l'utilisation de métaphores y contribuent fortement.

2.4.1 L'autohypnose [28] [18]

L'auto-hypnose consiste en la capacité que peut avoir et développer, une personne à induire pour elle-même un processus hypnotique.

Nous pouvons ainsi apprendre cette technique à nos patients mais nous pouvons également nous en servir. Le praticien est lui-même sujet au stress, à la fatigue, c'est alors que l'auto-hypnose intervient. Cela permet de retrouver seul l'état de relaxation et de détente obtenue en hétéro-hypnose.

L'auto-hypnose peut également être utilisée pour travailler avec son inconscient et continuer un travail débuté en hypnothérapie, pour la gestion d'une douleur chronique, pour changer une mauvaise habitude ou pour améliorer une situation par exemple.

Avant de comprendre comment se servir de l'auto-hypnose en notre faveur, il faut savoir que de nombreux problèmes sont causés par l'auto-hypnose négative.

2.4.1.1 Autohypnose négative [2] [22]

Nous faisons tous de l'auto-hypnose dans la journée sans le savoir, lors d'un jogging, en conduisant... c'est de l'hypnose spontanée...

Et lorsque nous laissons nos « pensées négatives » à la fois affirmations, images et émotions s'intégrer à notre système de croyances, on parle d'autohypnose négative.

D.Araoz est le premier à avoir développé ce concept, ses recherches ont influencé celles du Dr E.Mairlot.

Ces croyances négatives devenues inconscientes sont hypnotiques par leur pouvoir et sont donc dangereuses car nous ne pouvons les affronter raisonnablement. C'est de l'auto-hypnose négative que viennent bien des problèmes.

« Si vous vous faites l'avocat de vos limites, il est évident que vous les connaissez »

Ces limites agissent comme de puissantes suggestions hypnotiques. Elles ont été acceptées par nous-même sans évaluation critique ou analyse rationnelle. Elles déclenchent une imagerie négative souvent de manière quasi habituelle. A l'instar des suggestions post-hypnotiques, elles affectent l'humeur, la motivation et le comportement.

Heureusement, il est possible de modifier cette voix interne, il faut pour cela savoir s'interroger. Comment se parle t-on à soi-même lorsque nous sommes en colère ? Lorsque nous doutons ? Lorsque nous aimons ?

Puis s'entraîner à dire « stop » avec énergie pour arrêter les automatismes. Il s'agit de provoquer une interruption dans l'état de conscience ordinaire pour accéder à une perception autre.

L'interruption d'une trajectoire erronée permet d'en adopter ou d'en apprendre une autre plus intéressante.

Afin d'utiliser l'auto-hypnose à bon escient, il est préférable d'être accompagné lors de sa première séance.

2.4.1.2 De l'hétéro-hypnose à l'auto-hypnose

Pour mettre en place le protocole d'auto-hypnose, une séance d'hétéro-hypnose est nécessaire. Pour obtenir une vraie auto-hypnose, il est nécessaire d'arriver à une bonne dissociation. La qualité de la dissociation sera objectivée par le sujet.

a) Déroulement :

1. séance d'hétéro-hypnose avec un thérapeute qualifié menant à l'apprentissage de la technique d'auto-hypnose.
2. Expérimentation de la technique par le sujet sans l'aide du thérapeute.

• **Technique** : le praticien va veiller à être extrêmement didactique sur la technique et mettra l'accent sur les points suivants :

- La détente.
- La focalisation sur un nombre limité de phénomènes sensoriels.
- La qualité de la dissociation.
- La qualité de la phase de réveil.
- La délimitation claire des différentes phases du processus hypnotique.

Pour pouvoir renouveler son expérience hypnotique en se servant des ses apprentissages antérieurs, le sujet a besoin d'un cadre et d'une méthodologie.

• **Le cadre** :

Avoir du temps, un lieu calme et un siège confortable.

• **Méthodologie :**

1. Accéder à un état satisfaisant de détente : respiration, détente corporelle, les couleurs ... on peut s'aider du vakog.
2. Focalisation de l'attention sur une sensation par exemple au niveau des mains,
3. lorsque cette sensation devient autonome et qu'elle peut évoluer, se modifier ou se transformer : instaurer un dialogue intérieur pour déléguer à son inconscient la conduite d'une partie de la séance. Prendre le temps d'observer la dissociation se mettre en place.
4. Travail sur le thème choisi :
« Je fais cette auto-hypnose pour me donner de l'énergie en faisant une sieste de 2 heures en 5 minutes, prendre une décision importante, supprimer ou éviter une migraine, me préparer à une intervention... »
5. La phase de réveil doit être bien menée, il faut au préalable fixer un ancrage c'est à dire un signal nous permettant de revenir doucement à un état de conscience éveillé. Fixer la durée à l'avance en fonction de nos possibilités. Au début 20 minutes puis 5 à 10 minutes.

b) En pratique :

Pour y parvenir il faut 3 inductions :

- hétéro-hypnose avec les consignes,
- auto-hypnose avec vérification du respect des consignes par le praticien,
- auto-hypnose seule.

• **Hétéro-hypnose :**

- Induction hypnotique.
- Consignes :
 - o Bon cadre (temps, isolation, confort),
 - o Durée de la séance,
 - o But de l'auto-hypnose (choix du thème),
 - o « Sonnette d'alarme »,
 - o Détente et oubli du thème,
 - o Suivre son « train de pensées »,
 - o Retour quand le temps initialement prévu est écoulé.
- Retour du sujet (respiration et étirements).

• **Auto-hypnose 1 :**

- Le sujet fait l'auto-hypnose et convient avec l'observateur de la durée.
- L'observateur contrôle :
 - Le temps
 - Le confort
 - Les signes minimes de la transe : respiration, déglutition, regard vague, rythme cardiaque, mouvements oculaires, visage lisse, lévitation ou catalepsie, mouvements involontaires, etc...

• **Auto-hypnose 2 :**

- Le sujet fait tout.
- L'observateur partage l'expérience après.

2.4.1.3 Intérêt de l'autohypnose (patient/ praticien)

L'auto-hypnose peut être utile pour le patient afin de compléter une séance d'hypnose. Ainsi, le patient peut lui-même agir sur son anxiété et arrive par ses propres moyens à induire une transe hypnotique. De plus, l'auto-hypnose peut s'avérer utile pour le praticien également. En effet, lors de la prise d'empreintes par exemple, il peut bénéficier de ces précieuses minutes pour faire de l'auto-hypnose en gardant à l'esprit un but précis. Ainsi, pendant ces quelques minutes il peut avoir fait une sieste régénératrice ou bien avoir pris une décision importante. Il faut savoir utiliser le temps pour en tirer des bénéfices personnels. Nous avons vu que l'auto-hypnose négative s'impose à nous de manière inconsciente. Or il s'agit ici d'injecter consciemment des pensées positives dans notre inconscient.

Lorsqu'on s'imagine faire une activité en état d'hypnose, les mêmes neurones s'activent que lorsqu'on fait réellement cette activité, on les appelle les neurones miroirs.

2.4.2 Neurones miroirs :

2.4.2.1 Neurones miroirs et neurones échos : [33] [35]

En 1996, Giacomo Rizzolatti fait la surprenante découverte des neurones miroirs chez les macaques. Il observe que les mêmes neurones s'activent lorsqu'une personne exécute une action ou lorsqu'elle observe une autre personne exécuter la même action ou encore lorsqu'elle s'imagine faire cette action. [35]

Ce constat a fait dire à Rizzolatti que ces neurones servent à projeter une représentation de l'action, que celle-ci ait lieu ou non. Autrement dit, pour comprendre ce que fait l'autre, un sujet doit activer ses propres neurones moteurs. Ainsi, le sujet et l'observateur ont les mêmes neurones actifs.

Et tout comme il existe des neurones miroirs il existe des neurones échos.

Les neurones miroirs joueraient un rôle dans la cognition sociale (l'apprentissage par imitation) et les processus affectifs (l'empathie).

Grâce à ces neurones, quand nous regardons un individu agir (manger par exemple), notre cerveau se prépare à faire de même.

Alors la question se pose, faire et regarder faire serait la même chose ? Oui et non.

Des circuits frontaux inhibiteurs empêchent d'imiter le comportement totalement. Les neurones miroirs servent donc à lire les intentions d'autrui, se voir à travers le regard d'autrui, créer l'abstraction, la métaphore. Les neurones miroirs fonctionnent à notre insu. On peut y voir l'expression de notre inconscient.

2.4.2.2 Influence des neurones miroirs en hypnose

Les neurones miroirs influent sur la synchronisation, la métaphore, la suggestion négative, l'association (sensorialité et affect), la rééducation et le conditionnement.

Les neurones miroirs s'activent :

- quand on vit une sensation de dégoût,
- à la vue d'un individu faisant une mimique de dégoût,
- quand on imagine une sensation de dégoût.

Alors on peut dire que les « neurones de la douleur » s'activent à la vue d'une personne qui se fait piquer.

Ainsi, faire semblant devient croyance qui à son tour devient réalité. Si le patient s'imagine la douleur il va la ressentir, mais par le même cheminement l'hypnose peut agir à l'inverse en s'imaginant une situation agréable le cerveau va en faire une croyance puis une réalité.

En effet, ce qui marche dans un sens marche aussi dans l'autre.

Pour exemple, un patient stressé qui le manifeste va agir sur nos propres neurones et induire chez nous un état de stress. Alors qu'à l'inverse, un dentiste à l'aise qui met le patient confortable va le rendre plus détendu. Toute émotion se communique.

Les neurones miroirs sont utilisés dans le changement d'habitudes.

Nous pouvons par le biais de ces neurones miroirs associer un comportement à un état d'esprit et ainsi le modifier.

1) l'expérience d'un dégoût :

Si l'on veut supprimer un comportement jugé négatif, il faut activer les neurones miroirs du dégoût en s'imaginant une situation qui nous dégoûte (une odeur, un lieu sale...).

Puis l'associer au comportement que l'on aimerait changer (fumer, manger du chocolat)

Ainsi à l'aide d'une transe hypnotique, le comportement négatif sera associé au dégoût.

2) l'expérience d'une réussite :

Il faut activer les neurones miroirs de la réussite en s'imaginant une situation qui incarne la satisfaction, le plaisir, la joie (une expérience personnelle dont on est fière, un exploit sportif, intellectuel, artistique). Puis, l'associer au nouveau comportement (l'arrêt du tabac, faire du sport, réussir quelque chose qui nous tient à cœur).

Ainsi, l'objectif d'une séance d'auto-hypnose peut être d'accepter les soins dentaires sans subir aucun stress. En couplant soins dentaires et sensations agréables, le patient peut réussir à changer son comportement. Il s'agit de faire confiance à son inconscient « Moi je ne sais pas faire, toi mon inconscient tu sais »

Faire « **comme si** » pour dépasser les croyances limitatives et encourager la créativité, aider à la résolution de problèmes, améliorer ses compétences.

2.5 Module 4 : gestion

Avec ce quatrième module vient le temps des révisions, les techniques acquises sont revues et approfondies. Les élèves partagent sur leurs expériences et font le bilan. Des vidéos de cas complexes sont étudiées. Ce dernier module montre comment ces différents outils peuvent servir pour de nombreuses situations au cabinet dentaire. Ainsi nous apprenons les techniques hypnotiques utiles à la gestion de la douleur et des résistances. Puis en ayant pris soin de définir la relation patient-praticien nous verrons que le dentiste y joue un rôle important.

2.5.1 La douleur :

2.5.1 Intérêt de la dissociation

Si l'hypnose est un moyen de relaxation, l'utilisation de la dissociation hypnotique s'avère utile également dans la prise en charge de la douleur aiguë.

Le processus douloureux est exacerbé par la fixation de l'attention, l'intériorisation, l'imagination morbide et la concentration de l'esprit sur les effets négatifs. Afin d'obtenir un processus hypnotique il faut se servir de la dissociation corps/esprit afin de fixer l'attention sur une autre sensation plus agréable, mettre la priorité sur l'imagination et les effets positifs.

Il est important de mobiliser la conscience rêveuse et de créer la dissociation « être là puis partir ailleurs ».

Toujours partir de ce que ressent le patient pour l'orienter ailleurs.

Le rôle du praticien :

« Une partie de vous-même est présent, et une grande partie de vous travaille, être là et ailleurs... loin... loin.

- Vous pouvez sentir ma présence, vous aurez peut-être une sensation tactile, une sensation de pression mais rien d'autre.

- Plus vous êtes dans ce que vous faites plus l'analgésie se produit. Soyez bien dans ce que vous faites.

- Un peu ici et surtout ailleurs...loin... loin.

- Quand l'analgésie est là, cette protection va durer et vous pourrez ouvrir les yeux... la protection reste ».

La dissociation consiste à parler en terme de parties : esprit- corps- sens. Ainsi, ce sont les oreilles qui entendent, les yeux qui voient, la peau qui sent, etc. Elle crée un espace entre les différentes structures de l'être qui permet aux informations de pénétrer profondément dans le sujet en transe.

Il faut constamment dissocier le sujet sinon on ramène le sujet à lui même et pourrait créer de la résistance.

2.5.2 Associer la suggestion du praticien à la transe du patient

La conscience attentive va entraîner la crainte et donc la douleur. La dissociation hypnotique va, elle, permettre d'orienter l'attention ailleurs et donc d'obtenir une conscience rêveuse, une conscience ailleurs ou une conscience somnolente.

L'anesthésiste peut utiliser ces 3 états de conscience.

Gestion de la douleur aigüe ou de l'angoisse immédiate :

Il ne s'agit pas seulement de distraire la personne, détourner l'attention de suffit pas.

Distraction = état de conscience attentive

Hypnose = état de conscience rêveuse

La douleur ne s'aborde pas de la même manière si elle est déjà présente ou non :

- Si le patient se prépare à la douleur pour un acte chirurgical ou dentaire alors il faut plutôt focaliser l'attention sur un objet et engendrer une dissociation.
- Tandis que si la douleur est déjà présente il faut partir de cette douleur, il faut se focaliser sur la douleur puis disperser l'attention pour enfin arriver à une dissociation.

Nous allons voir les différents outils utiles à la diminution de la douleur ou de l'angoisse. Ces techniques sont aussi valables lors de la prise d'empreinte en cas de nausées ou tout autre acte anxiogène.

2.5.3 Technique aboutissant à la dissociation

La suggestion simple utilisée par Erickson « *voulez-vous diminuer votre douleur de 1%* ».

Evidemment, le patient ne sent aucune différence mais de proche en proche on peut lui suggérer d'augmenter ce pourcentage jusqu'à un contrôle non négligeable de la douleur. Comme si nous avions conduit l'esprit du patient à un travail progressif.

L'exercice d'hypnose formelle ici consiste à reprendre le gant de protection ou la sensation de froid pour créer une analgésie. (cf module 2)

Déplacement de la douleur : L'astuce est de proposer de déplacer la sensation douloureuse, parfois à défaut de la chasser simplement, la déplacer dans une zone moins anxiogène permet de contrôler la douleur. Le déplacement peut se faire en deux endroits donc on diminue la sensation douloureuse.

Focalisation distractive sur un objet (réel ou imaginaire) lui tendre des stickers ou autre jouet si c'est un enfant. On peut même focaliser l'attention du sujet sur une autre partie de son corps « et ici tu as mal ? (non) et ici ? (non)... »

Balayage oculaire par exemple lors d'une prise d'empreinte chez un enfant, lui prendre le doigt et lui faire faire un balayage de gauche à droite devant ses yeux puis faire une suggestion d'ailleurs « *tu fais quoi après ? Tu vas jouer ?* ». L'enfant suit des yeux puis au retrait de l'empreinte il est fort probable que l'enfant reste en catalepsie.

On peut lier focalisation et balayage.

Pour un adulte on prétexte qu'on a besoin de leur aide pour tenir un objet, par exemple, on lui tend un miroir : « *ça m'arrangerait que vous me teniez ça* », l'adulte sans s'en rendre compte va mettre son bras en catalepsie.

Division de la douleur :

Plus on met de qualificatifs à la douleur plus on la divise : piquante, pointue, aigüe, coupante, tranchante, rugueuse, vive, acerbe, violente, intense, brûlante...

Métaphores :

La puissance d'une métaphore à un niveau inconscient a une action directe sur le niveau de la douleur.

Le dessin imaginaire :

L'emmener en promenade avec un chevalet et une feuille dans sa chambre ou un tableau noir à l'école...

Réinterprétation = réification, chosification

Prendre l'exemple avec un souci ou une douleur puis interroger le patient sur son aspect : « *Et si c'était une couleur ? Un son ? Une odeur ? Un goût ? Une forme ? Une sensation ? Une image ? Un animal ? Un lieu ? ...* »

Il s'agit d'associer la sensation à un objet déplaçable.

Lors de l'induction, focaliser l'attention du patient sur la sensation et décrire sa forme, sa dimension, sa texture, sa couleur, sa surface...

Puis suggérer que cette forme évolue et que cet objet puisse se transformer :

« Vous allez imaginer que cet objet change, décrivez moi comment cela évolue ».

Enfin, lors du retour, procéder à une réassociation par la respiration et faire des suggestions post-hypnotiques *« vous pourrez garder cette expérience lors de séance d'auto-hypnose et vous pouvez revenir ici et maintenant à votre rythme... »*

Les techniques hypnotiques sont utiles dans nombreuses situations au cabinet dentaire, elles permettent d'apporter une sérénité dans la pratique quotidienne. Le dentiste peut utiliser l'hypnose conversationnelle avec la quasi-totalité des patients ou bien l'hypnose formelle pour les cas plus difficiles. Mais nous connaissons tous ces patients rebelles qui s'opposent à notre discours et ne veulent pas entendre parler d'hypnose. Après avoir défini la relation praticien-patient nous verrons comment lever leurs résistances sans qu'ils s'en aperçoivent.

2.5.2 Construire une relation

Il est important de définir la relation et les conditions d'une bonne communication dans un contexte de soin dentaire.

2.5.2.1 Types de relations

Relation symétrique :

Deux personnes échangent le même type de comportement, chacun agit, critique, donne des avis... Ce type de relation tend à être compétitif.

Les deux veulent être gagnants, les deux sont perdants.

Relation complémentaire :

Tous deux échangent des comportements qui se complètent ou qui s'ajustent :

- l'un donne et l'autre reçoit,
- l'un renseigne et l'autre apprend,
- l'un est dans une action et l'autre dans une position d'attente, d'écoute, de recevoir.

Relation méta complémentaire :

Elle permet de contrôler les manœuvres de l'autre et de contrôler ainsi la manière dont l'autre définira la relation.

2.5.2.2 Position

Les relations de type symétrique représentent un danger de conflit. Qui sera le gagnant ?

Il vaut mieux utiliser les relations complémentaires cependant on peut rencontrer deux écueils :

- la position haute, autoritaire et rigide, par exemple le parent ou l'adulte qui impose, critique, agresse.
- la position haute souple : le parent ou l'adulte bienveillant qui aide, encourage, félicite, fait confiance.

Dans la position basse on s'adapte aux besoins des autres, mais attention à la soumission, à l'effacement et à la dévalorisation.

La fluidité est essentielle dans la relation complémentaire. Aller d'une position à l'autre de façon fluide et souple. La complémentarité rigide peut évoluer vers le pathologique.

2.5.2.3 Relation patient / praticien

Généralement, la relation soignant/soigné est une relation complémentaire où tacitement le praticien mène la relation en prenant la position haute en ce qui concerne le soin et la position basse en ce qui concerne le recueil d'informations.

Parfois le patient par son histoire, sa personnalité ou son angoisse s'attribue la position haute. Le praticien doit éviter le conflit et prendre la position basse.

La relation complémentaire n'est pas forcément une relation hiérarchique. Elle peut être pour celui qui en est lucide une façon de contrôler la relation.

On peut se placer volontairement en position d'attente, se mettre dans une position d'expectative (position prudente).

Parler le langage de l'autre permet d'exercer la plus haute influence sur celui-ci.

2.5.3 Les résistances

2.5.3.1 Pourquoi ?

Dans la relation soignant/soigné, de façon implicite, les protagonistes développent une relation complémentaire où le praticien donne le « la ».

Le praticien conduit la relation en adoptant parfois la position « basse » quand il demande des renseignements et la position « haute » quand il dirige le soin. Un patient dit lambda accepte ce mode relationnel.

On parle de résistance quand le patient ne peut pas accepter ce modèle relationnel et qu'il prend la position haute en imposant son émotion ou bien son comportement ou encore son discours. Il impose son mode de fonctionnement.

La seule solution pour le praticien est alors d'adopter la position basse en premier lieu afin de légitimer le comportement du patient pour ensuite reprendre la position haute. On utilise alors certains outils de la rhétorique hypnotique.

La résistance selon Erickson :

La résistance correspond à des schémas mentaux erronés qui interfèrent avec la possibilité de nouvelles expériences. Plus simplement, le « 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.

Préparation du terrain :

Erickson prenait soin de démythifier l'hypnose. Il évitait toutes connotations négatives et le mot même « hypnose » en utilisant des métaphores et des analogies de sorte que le patient considère l'hypnose comme quelque chose de tout à fait ordinaire.

Comment prendre la position basse ?

- Par le questionnement, le patient se trouve obligé de se tourner vers lui-même.
- Par les truismes : cela produit un effet de surprise voire de confusion, le praticien étant censé dire des choses importantes, sinon intelligentes. Le praticien doit être attentif aux réactions et préparer celles qui suivent. Le truisme est également l'occasion de faire une suggestion indirecte de saupoudrage.

2.5.3.2 Que faire ?

En cas de résistance, il vaut mieux accepter ce que propose le patient et même encourager cette résistance. Lors d'une séance d'hypnose, une résistance peut se manifester par une absence de réponse ou bien par une réponse inverse, insister ne ferait qu'aggraver la résistance.

Double lien :

- « *Quelle partie de votre corps commence à se sentir plus confortable ? Ou différente ?* »
- « *Souhaitez vous entrer en hypnose lentement... ou rapidement ?* »
- « *Une partie de vous-même peut choisir d'être parfaitement dans le contrôle tandis qu'elle peut observer une autre partie de vous-même qui choisit d'expérimenter l'état agréable d'hypnose.* »
- « *Et vous pouvez avoir envie de résister... et c'est tellement agréable de résister, mais à mesure que vous résistez... vos paupières deviennent de plus en plus lourdes* ».

Déplacement des résistances :

« Il y a évidemment une possibilité que vous puissiez être hypnotisé, il y a également des possibilités que vous ne puissiez pas être hypnotisé. Essayons cette chaise, si ça ne marche pas il y aura encore des possibilités. »

Bien évidemment, déplacer la résistance sur une chaise est un procédé tout à fait illogique. De la même façon, Erickson pouvait déplacer la résistance sur une personne.

On peut également décharger la résistance par une séquence de refus. La possibilité de répondre « non » épuise les capacités de résistance. Puis ensuite nous pouvons induire une séquence d'acceptation.

Chez un patient dit résistant on peut s'aider de la technique confusionnelle afin d'obtenir rapidement une transe hypnotique.

2.5.3.3 Pratique de la confusion

Le passage d'un mode de fonctionnement à un autre suppose une période transitoire de relative confusion. On parle de technique confusionnelle.

Le conscient se trouve momentanément désarçonné, dépotentialisé, comme mis en suspens car il ne reconnaît plus son objet habituel.

Il n'est pas étonnant que la confusion soit cultivée pour l'obtention de l'hypnose. On dit alors qu'il s'agit d'aider le patient à dépotentialiser le conscient.

Mais si la confusion est une pratique utile en hypnose, il faut veiller à ce qu'elle ne soit pas source d'inquiétude pour le sujet et faire en sorte que le sujet n'ait pas l'impression qu'on se moque de lui. La confusion demande de la morale et du respect.

Par exemple au moment de commencer une séance d'hypnose, Erickson désigne verbalement un fauteuil, et par le geste un autre objet.

La confusion est un bon moyen d'induire rapidement l'hypnose.

Exemple :

• **Confusion du nombre de doigts chez un enfant :**

« - combien as-tu doigts aux deux mains ?

-10

- non non recompte ! (En regardant l'enfant interloqué)

- 1,2, 3 ...

- non ! Non ! Tu en as onze ! Et on compte les doigts de la première main 1, 2, 3, 4, 5 et on compte les doigts de la seconde à l'envers : 10, 9, 8, 7, 6 et $6+5=11$. Tu as 11 doigts ! (Ses certitudes vacillent, dépotentialisation de la conscience). Et maintenant tu as 9 doigts ?!

- ? »

Recompter en touchant chacun des doigts « premier, second, deuxième, troisième...neuvième ». Et le déséquilibre confusionnel s'installe que l'on rattrape ensuite par une proposition rassurante.

• **Confusion : la poignée de main**

La poignée de main est un geste devenu automatique, un programme avec un début et une fin de geste ; un programme devenu inconscient. Si on arrête quelqu'un au milieu du geste il est bloqué, confus.

A ce moment là, on peut suggérer des instructions pour l'aider à sortir de cette situation impossible et le guider vers l'état de conscience désiré.

On tend la main. Au moment où la personne tend elle aussi la main, on lui prend le poignet de la main gauche, on le soulève jusqu'à son visage et on tend son index droit vers la paume de la main droite de la personne.

« Regardez votre main, les lignes de la main, les différentes couleur de la peau et les jeux de lumières. Etudiez attentivement les lignes puis fermez les yeux et regardez la main avec votre imagination... »

La confusion reste difficile à maîtriser car elle n'est efficace que quelques secondes. Il faut savoir alors induire l'hypnose dans ce court espace temps.

Nous l'aurons compris, l'hypnose est donc possible via une multitude de techniques et d'outils. Les connaissances et compétences de l'opérateur sont essentielles. Ces quatre modules nous montrent les bases d'une induction hypnotique et leurs intérêts dans la pratique de l'art dentaire. La simple lecture sur ces pratiques ne suffit pas, il faut apprendre et s'entraîner. Cette formation est réellement formatrice, nous avons appris puis pratiqué l'hypnose, chaque module était alimenté de vidéos de cas cliniques.

En parallèle de cette formation, j'ai donc expérimenté la pratique de l'hypnose au cabinet dentaire lors de mes remplacements. Puis, je me suis posée quelques questions. Si je sais ce qui m'a poussée à suivre cette formation et les conclusions que j'en tire, qu'en est-il de mes camarades ?

Je me suis également interrogée sur l'avis de nos patients, sont-ils stressés ? Sont-ils intéressés par l'hypnose ?

La troisième et dernière partie de cette thèse va permettre de nous donner un élément de réponse grâce à deux questionnaires, l'un remis aux praticiens en formation Hypnoteeth et l'autre distribué à des patients traités au CHU de Pellegrin de Bordeaux ou en cabinet libéral.

3. Enquêtes

3.1 Questionnaire à destination des praticiens en formation Hypnoteeth (annexe 2)

3.1.1 Présentation et objectifs

Un questionnaire a été remis lors de la formation Hypnoteeth à tous les dentistes participants. Le but du questionnaire était de mettre en lumière les motivations de chacun à suivre une telle formation et de savoir si elle avait répondu à leurs attentes.

Nous avons ainsi recueilli les pratiques, les opinions et les attitudes des dentistes vis-à-vis de l'utilisation de l'hypnose.

3.1.2 Matériels et Méthodes

Après avoir exposé oralement le contenu et les raisons de cette enquête, les questionnaires ont été distribués durant le 3^{ème} module et restitués pour la plupart au 4^{ème} module soit 2 mois plus tard.

Le questionnaire : L'enquête comporte 11 questions. Elle débute par 9 questions semi-ouvertes c'est-à-dire plusieurs pré-formées et une proposition libre. L'avantage de ce type de questions étant la précision et la facilité du dépouillement. L'inconvénient c'est que cela peut susciter des réponses auxquelles l'enquêté n'aurait pas pensé. Puis elle se termine par 2 questions ouvertes.

L'échantillon : Seuls les dentistes suivant la formation étaient visés par cette enquête. Or, parmi les 41 participants se trouvaient 4 personnes pratiquant une autre profession (un ostéopathe, une comportementaliste animalière, une ophtalmologiste et une assistance dentaire). Ils sont donc 37 à avoir reçu le questionnaire et 26 d'entre eux y ont répondu anonymement, soit un pourcentage de participation s'élevant à 70%. Ils sont âgés de 25 ans à 62 ans. La moyenne d'âge est de 45 ans (sachant que 3 personnes n'ont pas précisé leur âge). Parmi les réponses nous comptons 8 hommes, 17 femmes et une personne dont on ne connaît pas le sexe.

3.1.3 Résultats du questionnaire

- Questions semi-ouvertes :

Q1 : Pourquoi vous êtes vous intéressés à l'hypnose ?	Nb /26	Pourcentage
par curiosité :	9	35%
pour faciliter la prise en charge de certains patients angoissés :	21	81%
pour trouver un palliatif à l'anesthésie :	8	31%
autre :	5	19%

Les pourcentages dépassent 100% car plusieurs réponses pouvaient être cochées.

Les 5% ayant répondu « autre », ont précisé qu'il s'agissait d'une démarche personnelle pour améliorer leur propre stress et leur fatigue au cabinet dentaire mais également dans le domaine privé. L'un des participants parle même d' « *Auto-protection* ».

Q2 : Comment avez vous eu connaissance de cette formation ?	Nb /26	Pourcentage
- par une démarche personnelle :	5	19%
- par la publicité (à la télévision, par courrier, par mail) :	9	39%
- par un patient concerné :	0	0%
- par un confrère le pratiquant :	7	27%
- autre* :	4	15%

*Autre : par le biais d'une formation ou d'une séance d'information.

Q3 : sur une semaine de votre activité, vous diriez que le nombre de patients inquiets à l'idée de devoir subir des soins dentaires est :	NB /26	Pourcentage
- peu important (<2) :	1	4 %
- assez important (entre 2 et 5) :	9	35 %
- très important (> 5) :	15	58 %
- autre :	1	4 %

Parmi ceux qui ont répondu « très important », 2 ont précisé qu'il s'agissait d'un nombre plus élevé que 5 par semaine. Ainsi l'un considère avoir 5 patients par jour et l'autre la quasi-totalité de ses patients.

Q4 : Quelles étaient vos techniques pour pallier le stress du patient auparavant ?	Nb /26	Pourcentage
- aucune :	3	12 %
- par prescription d'anxiolytique :	5	19 %
- vous avez investi dans du matériel (musique, télévision, fauteuil massant ...) :	8	31 %
- vous confiez les patients à un confrère d'une autre spécialité médicale pour gérer ce stress :	1	4 %
- vous adressez le patient à un chirurgien dentiste spécialisé :	1	4 %
- autre :	23	88 %

Les 88% à avoir répondu « autre » ont précisé qu'ils comptaient sur la communication avec le patient. Ils sont 6 à dire qu'ils pratiquaient déjà de l'hypnose conversationnelle « *sans le savoir* ». L'un d'eux gère la situation grâce à l'humour.

Q5 : suite à cette formation, Avez vous mis en application l'hypnose comme solution dans votre cabinet ?	Nb /26	Pourcentage
Oui :	25	96%
Non :	1	4%

Commentaires : ils sont nombreux à avoir mis en place l'hypnose conversationnelle au quotidien et surtout avec les enfants. La plupart utilisent occasionnellement l'hypnose formelle avec les patients les plus anxieux ou lors d'une chirurgie. L'un d'entre eux dit faire plus attention à son langage non verbal et à l'accueil du patient.

Q6 : Hypnose conversationnelle et/ou formelle : la pratiquez vous pour tous les patients ou seulement pour les plus angoissés ?	Nb /26	Pourcentage
La totalité des patients (hypnose conversationnelle) :	8	31 %
Une partie seulement (hypnose conversationnelle et/ou formelle selon les cas) :	13	50 %
Uniquement avec les patients les plus phobiques (hypnose formelle) :	4	15 %
Autre :	1	4%

La personne ayant répondu « autre », a précisé qu'il pratique à la fois l'hypnose conversationnelle pour la totalité des patients et l'hypnose formelle pour les patients les plus phobiques (donc a. et c.)

Q7 : Pensez-vous qu'il est préférable de faire appel à une tierce personne pour pratiquer l'hypnose ? (hypno-thérapeute, assistante formée...)	Nb /26	Pourcentage
-Oui :	3	11%
- Non :	22	85%
- autre :	1	4%

La personne ayant répondu « autre » pense que les 2 sont bien (donc a. et b.)

Q8 :_Demandez vous ou envisagez vous un honoraire pour la séance d'hypnose ?	Nb /26	Pourcentage
Oui :	16	62%
Non :	10	38%

La moitié de ceux qui ont répondu « oui », disent vouloir attendre de maîtriser complètement la technique avant d'envisager un honoraire pour une séance d'hypnose. Ils sont 12% à préciser qu'ils ne feront payer que si le patient est demandeur d'une séance. Deux d'entre eux évoquent le temps que cela demande.

11% des « non » se justifient par le fait que l'hypnose est un outil qui leur apporte un bénéfice personnel avant tout.

Q9 : Dans le cadre du cursus universitaire en odontologie, pensez vous qu'une formation est nécessaire ?	NB /26	Pourcentage
Oui :	16	62%
Non :	10	38%

Ceux qui ont répondu « non » évoquent la difficulté des études et qu'il faut d'abord bien maîtriser le métier avant d'envisager d'apprendre l'hypnose mais pensent qu'il serait bien de sensibiliser les étudiants à l'art de la communication.

Questions ouvertes :

Question 10 : Que vous a apporté l'hypnose ? (Voir réponses annexe 3)

Question 11 : Si vous êtes convaincu de l'utilité de l'hypnose dans votre pratique quotidienne, que diriez-vous à un dentiste réfractaire ? (Voir réponses annexe 3)

3.1.4 Les praticiens Hypnoteeth convaincus

On constate que 81% des dentistes de la formation se sont intéressés à l'hypnose pour faciliter la prise en charge des patients angoissés, mais on sent d'après plusieurs réponses le souhait d'y obtenir des réponses personnelles. La démarche de participer à une telle formation marque leurs intérêts pour le bien-être du patient mais également leur propre quiétude au cabinet dentaire. En effet, ils étaient déjà 88% à utiliser la communication pour pallier aux angoisses de leurs patients, 6% ont même précisé qu'ils pratiquaient l'hypnose conversationnelle sans le savoir jusqu'alors.

Ils sont nombreux (93%) à estimer important le nombre de patients angoissés reçus au cabinet sur une semaine d'activité. L'un d'entre eux quantifie même qu'il s'agit plutôt de 5 patients par jour. Ces chiffres ne sont que des estimations basées sur leur ressenti. Il serait intéressant de savoir le niveau de stress réellement vécu par le patient. Peut-être qu'en tant que praticiens empathiques ils surévaluent ce chiffre. Le problème ne réside-t-il pas dans le propre stress du dentiste ?

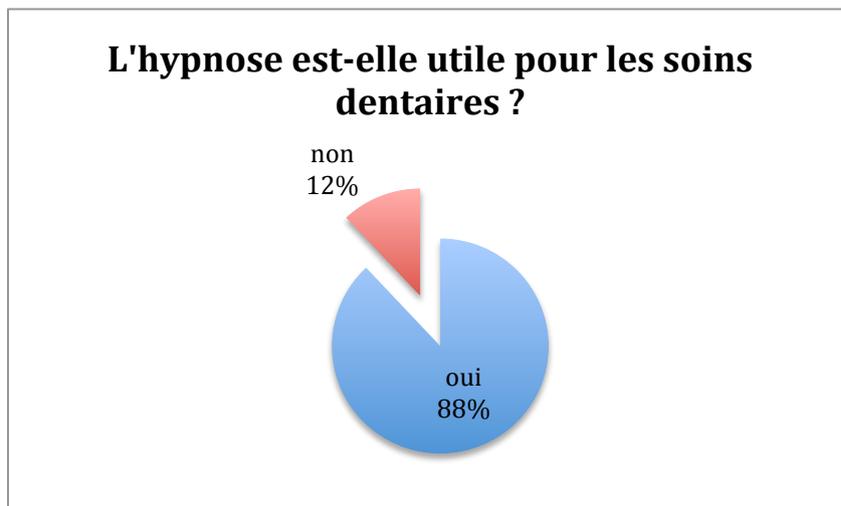
Depuis la formation, ils sont 94% à utiliser l'hypnose dans leur pratique quotidienne que ce soit de l'hypnose conversationnelle pour la totalité des patients (31%) ou l'hypnose formelle uniquement pour les patients phobiques (15%) ou encore les deux selon les cas (50%). Il y a donc une seule personne qui n'utilise pas cet outil mais ne précise pas ses raisons. Cet outil a un effet double, il est utile pour le patient qui est plus détendu et par conséquent cela a un impact positif sur l'attitude du praticien. Ainsi 38% d'entre eux n'envisagent pas d'honoraire spécifique car ils y voient un bénéfice personnel avant tout. Les 62% restants l'envisagent mais préfèrent attendre pour la plupart d'entre eux de maîtriser complètement la technique.

Si nous faisons la synthèse de la 10ème question « que vous a apporté l'hypnose ? » ils sont une majorité (81%) à évoquer le bénéfice personnel obtenu. Les mots : « *tranquillité* », « *sérénité* », « *confort* », et « *ouverture d'esprit* » reviennent fréquemment dans les commentaires. Cinq personnes ont tiré de cette formation de l'assurance et de la confiance en eux pour aborder les patients angoissés.

Finalement, en venant chercher un moyen de diminuer le stress de leur patients, ces dentistes ont obtenu un bénéfice personnel, certains même de l'ordre privé.

Il est donc évident que le stress du patient est communicatif. Par le biais des neurones échos, le praticien ressent ce stress également. Seulement deux personnes n'ont pas répondu mais sur la totalité des réponses on constate l'apport positif de l'hypnose dans leur vie professionnelle.

A la 11ème question, ils sont 23 sur les 26, soit 88% de dentistes à être convaincus de l'utilité de l'hypnose dans leur pratique quotidienne. L'hypnose ne s'explique pas, elle se pratique. La plupart suggèrent d'essayer, de venir voir comment se passe une séance d'hypnose ou de suivre une formation.



Si le bénéfice d'un tel outil semble évident, il serait bon de se demander si la population est prête à entendre parler d'hypnose comme solution thérapeutique au cabinet dentaire ? Parmi nos patients, combien sont-ils à être réellement angoissés ? Le niveau de stress est-il le même en milieu hospitalier ou en cabinet libéral ?

Un deuxième questionnaire a été élaboré pour tenter de répondre.

Nous verrons ensuite que la mise en commun des résultats de ces deux questionnaires soulève d'autres questions.

3.2 Questionnaire patient : (annexe 4)

3.2.1 Présentation et objectifs

Des questionnaires ont été remis aux patients en milieu hospitalier et en cabinet libéral. Le but était d'évaluer la proportion de patients angoissés en comparant les deux milieux et de déterminer, parmi les patients ayant répondu être stressés à l'idée d'un soin dentaire, l'origine de leur peur et leur avis sur l'hypnose comme moyen de réponse. Nous avons différencié volontairement les réponses obtenues en milieu hospitalier et en cabinet dentaire car ces deux endroits représentent des contextes anxiogènes différents.

3.2.2 Méthode

Après avoir exposé oralement le contenu et le but de cette enquête, le questionnaire était remis aux patients acceptant d'y répondre. Il s'agit de 5 questions fermées c'est-à-dire plusieurs propositions de type oui/non. A partir de la première question nous avons dégagé les réponses des patients se disant stressés des patients se disant non stressés.

3.2.3 Echantillon

Nous avons visé les patients du centre hospitalo-universitaire de Pellegrin à Bordeaux et plusieurs cabinets dentaires de France (dont les cabinets des dentistes pratiquant la formation Hypnoteeth et le cabinet où j'exerçais alors un remplacement à Gan).

En milieu hospitalier nous avons obtenu 39 réponses dont 21 femmes, 16 hommes, 2 non renseignés. Ils sont âgés de 4 à 91 ans avec une moyenne d'âge de 38 ans.

En cabinet dentaire nous avons reçu 24 réponses dont 13 femmes, 8 hommes et 3 non renseignés. Ils sont âgés de 11 à 85 ans avec une moyenne d'âge de 43 ans.

L'échantillon est trop faible pour pouvoir en tirer de réelles conclusions mais il permet de donner une idée sur le niveau de stress de nos patients et leurs attentes.

3.2.4 Résultats du questionnaire

Question n°1 : L'idée d'aller chez le dentiste vous déclenche :	Au cabinet dentaire		au CHU :		ensemble	
	Nb/24	%	Nb/39	%	Nb/63	%
Rien de particulier, c'est une visite médicale ordinaire	13	54,17%	14	35,90%	27	42,86%
Un peu de stress mais contrôlable	9	37,50%	23	58,97%	32	50,79%
Beaucoup de stress, difficile à contrôler	2	8,33%	1	2,56%	3	4,76%
Une peur panique incontrôlable	0	0,00%	1	2,56%	1	1,59%

Au cabinet dentaire : 11 patients sur 24 éprouvent du stress (soit 46%)

Au CHU : 25 patients sur 39 éprouvent du stress (soit 64%). Celui qui a répondu éprouver une peur panique incontrôlable lors de soins dentaires est âgé de 4 ans et ses parents seraient intéressés par l'hypnose médicale. De plus, l'un des patients pourtant pas du tout stressé ayant répondu a) se dit intéressé par l'hypnose médicale. Et enfin le patient ayant répondu c) est âgé de 6 ans et ses parents ne sont pas intéressés par l'hypnose.

Question n°2 : Si vous éprouvez du stress, avez-vous une explication ?	Au cabinet dentaire :		au CHU :		ensemble	
	Nb/11	%	Nb/25	%	Nb/36	%
Aucune	6	54,55%	14	56,00%	20	55,56%
Une mauvaise expérience durant l'enfance (précisez l'âge)	4	36,36%	8	32,00%	12	33,33%
Une mauvaise expérience récente (il y a combien de temps ?)	1	9,09%	1	4,00%	2	5,56%
Une mauvaise expérience pour l'un de vos proches ou votre entourage ?	0	0,00%	2	8,00%	2	5,56%

Au cabinet dentaire : une majorité ne donne pas d'explications à la cause de leur stress mais parmi les 4 personnes qui disent avoir eu une mauvaise expérience durant l'enfance, 3 ont précisé l'âge de 10 ans.

Au CHU : on retrouve des réponses similaires, ainsi la majorité ne donne pas d'explications et parmi les 8 personnes qui disent avoir eu une mauvaise expérience durant l'enfance 2 ont précisé l'âge de 7 ans et 2 l'âge de 10 ans.

Question n°3 Pour améliorer votre confort durant les soins, vous utilisez :	Au cabinet dentaire :		au CHU :		ensemble	
	Nb*	%	Nb**	%	Nb	%
Rien	17/24	70,83%	32/39	82,05%	49	77,78%
	6/11	54,55%	20/25	80,00%	26	72,22%
Un médicament prescrit par votre médecin ou chirurgien dentiste	3/24	12,50%	5/39	12,82%	8	12,70%
	1/11	9,09%	3/25	12,00%	4	11,11%
Une technique de médecine douce (homéopathie, phytothérapie...)	2/24	8,33%	2/39	5,13%	4	6,35%
	2/11	18,18%	2/25	8,00%	4	11,11%
Une méthode de relaxation (yoga, sophrologie...)	2/24	8,33%	0/39	0,00%	2	3,17%
	2/11	18,18%	0/25	0,00%	2	5,56%

*sur 24 patients et sur 11 patients stressés ; ** sur 39 patients et 25 patients stressés

Au cabinet dentaire : En méthode de relaxation l'un des patients précise qu'il s'agit d'hypnose.

Question n°4 : Avez-vous déjà entendu parler de l'hypnose comme solution de relaxation au cabinet dentaire ? Cela pourrait-il vous intéresser ?	Au cabinet dentaire :		au CHU :		ensemble	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Non et cela ne m'intéresse pas	8/24	33,33%	18/39	46,15%	26/63	41,27%
	5/11	45,45%	9/25	36,00%	14/36	38,89%
Non mais ça m'intéresse	6/24	25,00%	7/39	17,95%	13/63	20,63%
	3/11	27,27%	7/25	28,00%	10/36	27,78%
J'en ai déjà entendu parler mais cela ne m'intéresse pas	4/24	16,67%	4/39	10,26%	8/63	12,70%
	0/11	0,00%	2/25	8,00%	2/36	5,56%
J'en ai déjà entendu parler mais je n'ai jamais essayé	3/24	12,50%	6/39	15,38%	9/63	14,29%
	1/11	9,09%	4/25	16,00%	5/36	13,89%
J'en ai déjà entendu parler mais on ne me l'a jamais proposé	2/24	8,33%	3/39	8%	5/63	7,94%
	1/11	9,09%	2/25	8%	3/36	8,33%
Oui et je le pratique déjà	1/24	4,17%	1/39	3%	2/63	3,17%
	1/11	9,09%	1/25	4%	2/36	5,56%

Globalement, environ 40% des patients ne se disent pas intéressés par l'hypnose comme solution de relaxation au cabinet dentaire que cela soit en milieu hospitalier ou non, qu'ils soient stressés ou pas. En revanche la totalité des patients intéressés par l'hypnose au CHU sont des patients stressés. Et les 2 personnes pratiquant déjà l'hypnose sont parmi les patients stressés.

Question 5 : Si vous avez déjà eu des soins sous hypnose :	Au cabinet dentaire :		au CHU :		Ensemble :	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Oui, mais pas pour des soins dentaires et...	1/24	4,17%	1/39	2,56%	2/63	3,17%
cela m'a été utile	1/24	4,17	1/39	2,56%	2/63	3,17%
je le recommanderai à d'autres personnes	1/24	4,17	*	-	*	-
Oui, pour des soins dentaires et...	1/24	4,17	1/39	2,56%%	2/63	3,17%
cela m'a été utile	1/24	4,17	1/39	2,56%%	2/63	3,17%
je le recommanderai à d'autres personnes	1/24	4,17	*	-	*	-

* non répondu

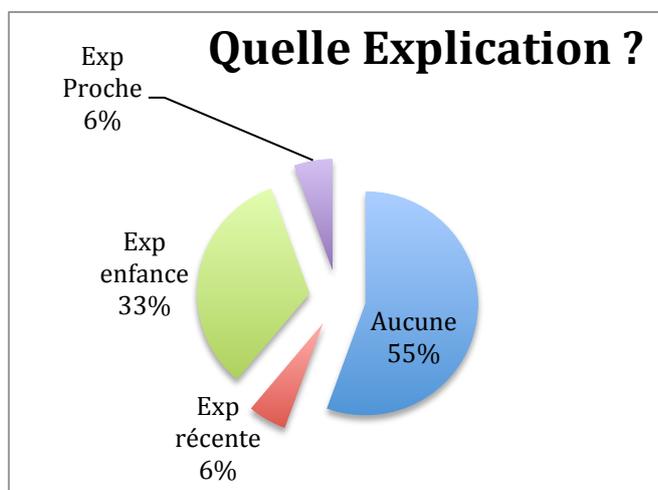
Au cabinet dentaire : Une seule personne a déjà eu des soins sous hypnose pour des soins dentaires ainsi que pour d'autres soins, cela lui a été utile et le recommanderait à d'autres personnes. **Au CHU :** Une seule personne connaissait l'hypnose et a trouvé cela utile pour les soins dentaires ainsi que pour d'autres soins, cette personne n'a pas précisé si elle le recommanderait à d'autres personnes.

3.2.5 Les chiffres à retenir

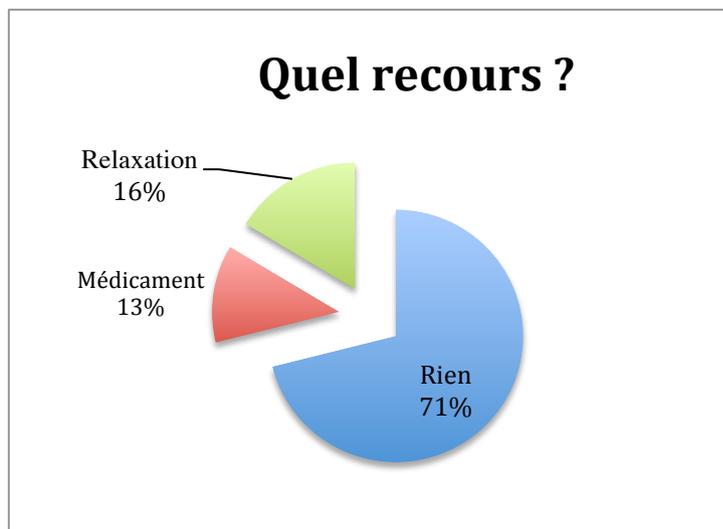


1- Plus d'un patient sur deux de notre échantillon, déclare être stressé à l'idée d'aller consulter. Même si a priori, il semble qu'il y ait un pourcentage de personnes sujettes au stress en milieu hospitalier plus important qu'en cabinet libéral (64,10% contre 45,83%). Le calcul des intervalles de confiance des pourcentages (soit 19,93% pour les patients contactés au cabinet et 19,19%

pour les patients provenant du CHU) délimite un intervalle d'intersection suffisant, ce qui nous permet pas de conclure de façon significative ($64,10\% \pm 19,19\%$ et $45,83\% \pm 19,93\%$) (cf annexe 5).



2- Ce stress n'est pas nécessairement expliqué, pour plus d'un patient sur deux, mais l'autre moitié rapporte une mauvaise expérience vécue ou rapportée. Dans 1/3 des cas, il s'agit d'une expérience durant l'enfance...



3- Environ 70% des patients ne font rien de particulier pour essayer de diminuer leur stress.

On constate que les patients sont une majorité à n'utiliser aucun moyen pour améliorer leur confort durant les soins que ce soit au cabinet dentaire ou à l'hôpital.

En revanche, deux patients, l'un d'un cabinet dentaire et l'autre

venant du CHU ont déjà pratiqué de l'hypnose lors de soins dentaires et ont trouvé cela utile.

Peu ou mal connue, l'hypnose n'est pas perçue comme une réponse pertinente par les patients.

3.3 Discussion

Les résultats obtenus d'après ces deux enquêtes sont intéressants mais l'étude mériterait d'être poussée à une plus grande échelle.

D'un côté, le premier questionnaire révèle que les dentistes pensent avoir un nombre important de patients stressés au cabinet, et d'un autre coté le deuxième sondage montre qu'ils sont 46% à éprouver du stress lors d'un soin dentaire, et encore, sur ces patients dits stressés ils sont 81% à dire que ce stress est contrôlable.

Les patients atténuent-ils leurs émotions ou bien ce sont les dentistes qui exagèrent ?

Il est en effet difficile de savoir réellement l'état d'esprit du patient. Un patient à l'allure détendue peut en fait être très angoissé, tout comme le dentiste peut interpréter les réactions du patient de manière excessive. C'est là où l'utilisation de l'hypnose conversationnelle est intéressante car elle peut se pratiquer avec tous les patients, qu'ils soient stressés ou non. Et lorsque le cas est plus complexe, lorsque le patient est lui-même en demande de solutions on peut proposer une séance d'hypnose formelle. Mais les dentistes Hypnoteeth sont nombreux à se considérer débutants et attendent d'acquérir plus d'expérience avant d'envisager un honoraire spécifique à l'utilisation de l'hypnose pendant un soin. La question se pose, sommes-nous aussi compétents lorsque nous induisons une transe hypnotique ? Notre concentration ne se disperse t-elle pas ? A quel moment sommes-nous dentiste ou

hypnothérapeute ? Il s'avère utile d'avoir une assistante formée qui peut ainsi prendre le relais à tout moment.

D'après le deuxième questionnaire, il semblerait qu'ils soient peu nombreux à être intéressés par l'hypnose ou toute autre solution pour pallier leur stress.

Les patients ont-ils besoin de recourir à l'hypnose comme moyen de relaxation ? ou n'est-ce pas plutôt le dentiste qui, derrière le stress du patient, masque son propre stress ? En effet, il ressort du premier questionnaire que la plupart des dentistes sont plus confiants dans l'approche des patients stressés. Ils évoquent le calme, la sérénité que l'hypnose leur a apporté tant au niveau professionnel que personnel. La réponse est simple, l'hypnose a ce double effet. En apaisant le patient, elle permet de détendre également le praticien.

Mais la population est-elle prête à abandonner l'image de l'hypnose spectacle pour accepter l'utilisation de l'hypnose médicale ? Les dentistes sont-ils prêts à apprendre un nouvel outil pour le bien-être de leurs patients et le leur ?

En guise de conclusion, je tiens à partager l'expérience que j'ai vécue durant ces 8 mois de formation.

CONCLUSION

Ce que je tire de cette formation est difficile à retranscrire tant elle fut pour moi une véritable expérience humaine. Je m'aperçois en ayant écrit ce sujet à quel point il est difficile de faire comprendre ce qu'est l'hypnose. En effet lors de mes recherches j'ai lu beaucoup sur l'hypnose, son histoire, ses indications, ses techniques, et tous ces mots n'avaient pour moi aucun sens. Et j'en conclus qu'une simple lecture à ce propos ne suffit pas pour pouvoir pratiquer l'hypnose, il faut définitivement en avoir fait l'expérience. J'ai tenté pour cette thèse de faire part le plus clairement possible de mon parcours : il s'agit d'un essai de synthèse entre les cours donnés lors de la formation, mes notes et mon expérience personnelle. Le scepticisme dont fait preuve la plupart des dentistes envers l'hypnose est totalement compréhensible puisque nous ne sommes que trop peu informés, voire désinformés. J'ai suivi cette formation par curiosité avant finalement d'être complètement conquise. Notre cerveau entraîné à réfléchir de manière cartésienne nous pousse à ne pas y croire, or il ne s'agit pas de croyance mais d'un constat. Notre cerveau est bien plus puissant que nous ne pouvons l'imaginer. J'ai appris que l'hypnose n'était pas de la magie, ou de la manipulation. Personne ne détient un pouvoir sur nous. Il s'agit bien de nos propres pouvoirs sur nos pensées et nos angoisses. Cette révélation peut déranger car nous révèle alors que nous avons les moyens de changer notre comportement. Et l'hypnose n'est qu'une aide apportée par un tiers pour y parvenir, ou même par soi-même grâce à l'auto-hypnose, comme nous avons pu le découvrir. De plus, cette formation très conviviale m'a permis de rencontrer des personnes aux qualités humaines exceptionnelles, que ce soit les formateurs ou les dentistes présents, nous étions tous présents dans le même but, celui du partage. Nous avons reçus de précieux conseils, partagés nos expériences, et ce, non seulement lors des jours de formations, mais également en dehors via de nombreux échanges par mails. Je ne cherche pas ici à faire la publicité de telle ou telle formation mais je suis ravie d'avoir découvert l'hypnose de cette manière, et je souhaite me servir de cet outil incroyable à la fois dans ma vie professionnelle et dans ma vie personnelle.

Aujourd'hui, de plus en plus d'investissements financiers sont réalisés pour le bien-être du patient : décoration accueillante, fauteuil massant, écran plat pour divertir...

Mais l'investissement le plus fructueux n'est-il pas de donner de sa personne ?

Finalement, l'hypnose qu'est-ce que c'est ? Un peu de notre temps, un sourire, une écoute attentive, un comportement rassurant... Un dialogue orienté par le praticien tout en laissant place à la personnalité du patient.

Annexes

Annexe 1 :

- Critères diagnostiques DSM IV R trouble anxiété généralisée
- Critères diagnostiques DSM IV phobie simple ou spécifique

Trouble anxiété généralisée (TAG)

A. Anxiété et soucis excessifs « attente avec appréhension » survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités « tel le travail ou les performances scolaires ».

B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois « ou plus » des six symptômes suivants « dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois ».

1) Agitation ou sensation d'être survolé ou à bout.

2) Fatigabilité.

3) Difficultés de concentration ou trous de la mémoire.

4) Irritabilité.

5) Tension musculaire.

6) Perturbation du sommeil « difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu agité et non satisfaisant ».

D. L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un trouble de l'axe I, par exemple ; l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une AP « TP », d'être gêné en public « PS », d'être contaminé « TOC », d'être loin de son domicile ou de ses proches « trouble anxiété de séparation », de prendre du poids « anorexie mentale », d'avoir des multiples plaintes somatiques « trouble somatisation », ou d'avoir une maladie grave « hypocondrie », et l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un état de stress postromantique.

- Critères diagnostiques de la phobie spécifique

A. Peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique.

B. L'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi systématique une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée ou facilitée par la situation.

C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irrationnel de la peur.

D. La(les) situation(s) phobogène(s) est(ont) évitée(s) ou vécue(s) avec une anxiété ou détresse intense.

E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance de la « les » situation « s » redoutée « s » perturbent, de façon importante les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles « ou scolaires » ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagnent d'un sentiment de souffrance important.

F. Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins de 6 mois.

G. L'anxiété, les attaques de panique ou l'évitement phobique associé à l'objet ou à la situation spécifique ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental tel un TOC, un PTSD, un trouble anxiété de séparation, une phobie sociale, un trouble panique avec agoraphobie ou une agoraphobie sans antécédents de TP.

Spécifier le type :

Type animal : ce sous type a généralement un début dans l'enfance.

Type environnement naturel : ce sous type a généralement un début dans l'enfance.

Type sang, injection accident : ce type est hautement familial et est souvent caractérisé après une réponse vaso-vagale intense.

Type situationnel : ce type a une distribution bimodale d'âge de début avec un pic dans l'enfance et un autre pic entre 20 et 30 ans. Ce sous type semble être identique au TP avec agoraphobie en ce qui concerne sa répartition selon le sexe, ses modalités d'agrégation familiale et son âge de début caractéristiques.

Annexe 2 :
Questionnaire distribué aux praticiens en formation Hypnoteeth

QUESTIONNAIRE ANONYME 1 – PRATICIEN - Sexe : F M Age :
Date : / /

Vous pouvez cocher une ou plusieurs réponses : rayez simplement la ou les mentions inutiles

1) Pourquoi vous êtes-vous intéressés à l'hypnose ?

- a) par simple curiosité
- b) pour faciliter la prise en charge de certains patients angoissés
- c) pour trouver un palliatif à l'anesthésie
- d) -autre, préciser.

2) Comment avez-vous eu connaissance de cette formation ?

- a) par une démarche personnelle
- b) par la publicité (à la télévision, par courrier, par mail)
- c) par un patient concerné
- d) par un confrère le pratiquant
- e) Autre, préciser.

3) Sur une semaine de votre activité, vous diriez que le nombre de patients inquiets à l'idée de devoir « subir » des soins dentaires est :

- a) peu important <2
- b) assez important entre 2 et 5
- c) très important > 5
- d) Autre, préciser.

4) Quelles étaient vos techniques pour pallier le stress du patient auparavant ?

- a) aucune
- b) par prescription d'anxiolytique
- c) vous avez investi dans du matériel (musique, tv, fauteuil massant...)
- d) vous confiez les patients à un confrère d'une autre spécialité médicale pour gérer ce stress
- e) vous adressez le patient à un confrère chirurgien dentiste spécialisé
- f) Autre, préciser

5) Suite à cette formation, Avez-vous mis en application l'hypnose comme solution dans votre cabinet ? Merci de justifier votre réponse

- a) Oui
- b) Non

6) Entre hypnose conversationnelle et formelle, La pratiquez-vous pour tous les patients ou seulement pour les plus angoissés ?

- a) La totalité des patients (hypnose conversationnelle)
- b) Une partie seulement (hypnose conversationnelle et/ou formelle selon les cas)
- c) Uniquement avec les patients les plus phobiques (hypnose formelle)
- d) Autre préciser

7) Pensez-vous qu'il est préférable de faire appel à une tierce personne pour pratiquer l'hypnose ? (hypno-thérapeute, assistante formée...) Merci de justifier votre réponse

- a) Oui
- b) Non

8) Demandez-vous ou envisagez-vous un honoraire pour la séance d'hypnose ? Merci de justifier votre réponse

- a) Oui
- b) Non

9) Dans le cadre du cursus universitaire en odontologie, pensez-vous qu'une formation est nécessaire ? Merci de justifier votre réponse

- a) Oui
- b) Non

10) Que vous a apporté l'hypnose ?

11) Si vous êtes convaincu de l'utilité de l'hypnose dans votre pratique quotidienne, que diriez-vous à un dentiste réfractaire ?

Merci pour votre aimable participation

Annexe 3 :

Réponses aux questions 10 et 11 du questionnaire distribué aux praticiens participant à Hypnoteeth

A la question n°10 : Que vous a apporté l'hypnose ? Ils ont répondu :

- Femme, 51ans : « *Une solution supplémentaire, une relation privilégiée avec les patients, le plaisir de voir les patients heureux !* »
- Femme, 41 ans : « *Une ouverture différente sur mon métier et sur mes patients. Un outil pour permettre aux patients d'être plus sereins lors des soins dentaires* »
- Femme, 42 ans : « *du confort au travail, je dois encore beaucoup travailler l'hypnose conversationnelle* »
- Homme, âge non renseigné : « *Plus de tranquillité* »
- Femme, 31 ans : « *Une ouverture d'esprit encore plus grande et des armes supplémentaires face à l'anxiété. Un gain de temps chez les patients phobiques surtout.* »
- Femme, 59 ans : « *Le conscient et l'inconscient. Approche de l'esprit et de son fonctionnement. Connaissance de l'être humain. Un changement majeur par rapport aux formations purement technique en odontologie* »
- Homme, 49 ans : « *Tranquillité et sérénité dans l'exercice du métier, moins de stress et plus d'écoute envers les patients* »
- Femme, 39 ans : « *Meilleure prise en charge des patients. Confort pour les patients et le praticien. Gain de temps* »
- Homme, 54 ans : « *L'hypnose m'a apporté plus d'assurance, surtout dans l'accompagnement du patient, en ce qui concerne la maîtrise du choix des mots (conversationnelle)* »
- Femme, 44 ans : « *Des outils très efficaces pour la maîtrise des patients difficiles* »
- Homme 58 ans : « *Confort moral* »
- Homme 52 ans : « *Plus de sérénité, de calme, de respect de part émotionnelle du patient. Moins de stress au cabinet.* »
- Femme, 30 ans : « *Sérénité professionnelle et personnelle. Ouverture d'esprit sur ma pratique* »
- Sexe et âge non renseignés : « *Une méthodologie pour déstresser le praticien et les patients* »
- Femme, 34 ans : « *Une prise de conscience de soi-même et de la vie* »
- Homme, 59 ans : « *De caresser à mon âge (59) le plaisir d'aller tous les jours au cabinet avec bonheur.* »

- Homme 37 ans : « *beaucoup de changements personnels et professionnels. Du confort, du gain de temps. Du bien être. »*
- Femme, 42 ans : « *apport personnel ++ : gestion du stress et des tensions. Apport professionnel : gestion du stress des patients. Hypnose conversationnelle ++ pour les enfants en particulier »*
- Femme, âge non renseigné : « *Meilleure approche du patient. Contact plus facile, mise en confiance patient-praticien plus efficace. »*
- Femme, 25 ans : « *une certaine philosophie de vie, privée comme professionnelle. J'ai appris que même les patients les plus phobiques sont soignables. A nous de savoir les écouter »*
- Femme, 58 ans : « *meilleure approche du patient angoissé et des parents stressés »*
- Femme, 42 ans : « *de me poser, du calme. »*
- Homme, 62 ans : « *une confiance en moi pour aborder les patients phobiques. »*
- Femme, 54 ans : « *plus de sérénité dans l'exercice, patients détendus, soins plus faciles. Et à titre personnel : amélioration de problèmes personnels et de difficultés à communiquer ou à faire payer. »*
- Femme 35 ans n'a pas répondu.
- Femme, 34 ans n'a pas répondu.

A la question n°11 : Si vous êtes convaincu de l'utilité de l'hypnose dans votre pratique quotidienne, que diriez-vous à un dentiste réfractaire ? Ils ont répondu :

- femme, 51 ans : « *De venir observer une séance au fauteuil »*
- femme, 41 ans : « *De faire une journée de formation pour essayer »*
- femme, 42 ans : « *j'attends d'être plus à l'aise avec les différentes techniques avant de pouvoir convaincre un confrère (cela dépend quand même du confrère, certains ne seront jamais réceptifs) »*
- homme, âge non renseigné : « *Essaie ! »*
- femme, 31 ans : « *Informe toi ! »*
- femme, 59 ans : « *Je ne cherche pas à convaincre les personnes réfractaires. Seulement celles qui ont une approche neutre ou intéressée. »*
- homme, 49 ans : « *si réfractaire je dirai " surtout ne goûte pas à l'hypnose... tu as raison !!!..." »*
- femme, 39 ans : « *c'est une technique qu'on utilise plusieurs fois par jour et qu'on peut juste apprendre à maîtriser à bon escient »*

- homme, 54 ans : « *tout d'abord j'essaierais de connaître la façon dont ce dentiste cadre un patient... réfractaire aux soins dentaires. Il est indéniable que la pratique de l'hypnose ouvre des portes dans la gestion du stress tant du patient que celui du praticien »* »
- femme, 44 ans : « *de bien vouloir voir une démo, puis on verra »* »
- Homme 52 ans : « *de relâcher sa méfiance, ou son incrédulité et de juste se laisser une chance de découvrir une autre approche des autres »* »
- Femme, 34 ans n'a pas répondu.
- Femme, 30 ans : « *venez voir une séance au cabinet et vous verrez ça marche ! (il faut le voir pour le croire...) »* »
- Sexe et âge non renseignés : « *Je pense que l'on fait tous de l'hypnose quotidiennement au cabinet »* »
- Femme, 34 ans : « *qu'il est bête, qu'il n'est peut être pas prêt pour l'instant et qu'il faut lui laisser le temps pour y arriver »* »
- Homme, 59 ans : « *essayez, vous verrez »* »
- Homme, 37 ans : « *de faire une journée d'initiation »* »
- Femme, 42 ans : « *gestion du stress du patient, amélioration de la communication et de la qualité de travail. Bénéfice personnel + »* »
- Femme, âge non renseigné : « *en fonction de son caractère, j'essaierai de le convaincre, voir de lui donner des notions. D'autres seront réfractaires à tout jamais, et là on ne peut rien faire, même avec la meilleure volonté du monde. »* »
- Femme, 25 ans « *de s'inscrire à une formation, ou au moins de venir voir comment se passe un soin sous hypnose. »* »
- Femme, 58 ans : « *suis une formation ! ou PAS ! »* »
- Femme, 42 ans : « *D'essayer et puis seulement de juger. »* »
- Homme, 62 ans : « *qu'il rate un outil formidable pour lui même et pour ses patients, surtout les plus phobiques et les enfants. »* »
- Femme, 54 ans : « *si tu n'as pas envie d'une baguette magique pour arrêter les saignements, la salive, et accélérer la cicatrisation, continue comme avant... »* »
- Femme, 35 ans n'a pas répondu.
- Homme, 58 ans n'a pas répondu.

Annexe 4 :

Questionnaire remis aux patients (au CHU de Pellegrin à Bordeaux et en cabinet libéral)

QUESTIONNAIRE ANONYME 2 – PATIENT – Sexe : F M Age : date : / /

Vous pouvez cocher une ou plusieurs réponses : rayez simplement la ou les mentions inutiles

1) L'idée d'aller chez le dentiste vous déclenche :

- a. Rien de particulier, c'est une visite médicale ordinaire
- b. Un peu de stress mais contrôlable
- c. Beaucoup de stress, difficile à contrôler
- d. Une peur panique incontrôlable

2) Si vous éprouvez du stress, avez-vous une explication ?

- a. aucune
- b. Une mauvaise expérience durant l'enfance (précisez l'âge)
- c. Une mauvaise expérience récente (il y a combien de temps ?)
- d. Une mauvaise expérience pour l'un de vos proches ou votre entourage ?

3) Pour améliorer votre confort durant les soins, vous utilisez :

- a. Rien
- b. Un médicament prescrit par votre médecin ou chirurgien dentiste
- c. Une technique de médecine douce (homéopathie, phytothérapie...)
- d. Une méthode de relaxation (yoga, sophrologie...)

4) Avez-vous déjà entendu parler de l'hypnose comme solution de relaxation au cabinet dentaire ? Cela pourrait-il vous intéresser ?

- a. Non et cela ne m'intéresse pas
- b. Non mais ça m'intéresse
- c. J'en ai déjà entendu parler mais cela ne m'intéresse pas
- d. J'en ai déjà entendu parler mais je n'ai jamais essayé
- e. J'en ai déjà entendu parler mais on ne me l'a jamais proposé

5) Si vous avez déjà eu des soins sous hypnose :

- a) Oui, mais pas pour des soins dentaires et...
 - 1. cela m'a été utile : oui / non
 - 2. je le recommanderai à d'autres personnes : oui /non
- b) Oui, pour des soins dentaires et...
 - 3. cela m'a été utile : oui / non
 - 4. je le recommanderai à d'autres personnes : oui /non

COMMENTAIRES LIBRES

Merci pour votre aimable participation

Annexe 5 : calcul des intervalles de confiance – questionnaire patient

Q	N	Cab	N	Chu	N	%T	IC Cab	<	>	IC CHU	<	>	IC -T	<	>
1	13	54,17%	14	35,90%	27	42,86%	19,93%	34,23%	74,10%	19,19%	16,71%	16,71%	12,22%	30,64%	55,08%
	9	37,50%	23	58,97%	32	50,79%	19,37%	18,13%	56,87%	19,68%	39,30%	39,30%	12,35%	38,45%	63,14%
	2	8,33%	1	2,56%	3	4,76%	11,06%	-2,72%	19,39%	6,32%	-3,76%	-3,76%	5,26%	-0,50%	10,02%
	0	0,00%	1	2,56%	1	1,59%	0,00%	0,00%	0,00%	6,32%	-3,76%	-3,76%	3,09%	-1,50%	4,67%
2	6	54,55%	14	56,00%	20	55,56%	19,92%	34,62%	74,47%	19,86%	36,14%	36,14%	16,23%	39,32%	71,79%
	4	36,36%	8	32,00%	12	33,33%	19,25%	17,12%	55,61%	18,66%	13,34%	13,34%	15,40%	17,93%	48,73%
	1	9,09%	1	4,00%	2	5,56%	11,50%	-2,41%	20,59%	7,84%	-3,84%	-3,84%	7,48%	-1,93%	13,04%
	0	0,00%	2	8,00%	2	5,56%	0,00%	0,00%	0,00%	10,85%	-2,85%	-2,85%	7,48%	-1,93%	13,04%
3	17	70,83%	32	82,05%	49	77,78%	18,18%	52,65%	89,02%	15,35%	66,70%	66,70%	10,27%	67,51%	88,04%
	6	54,55%	20	80,00%	26	72,22%	19,92%	34,62%	74,47%	16,00%	64,00%	64,00%	14,63%	57,59%	86,85%
	3	12,50%	5	12,82%	8	12,70%	13,23%	-0,73%	25,73%	13,38%	-0,55%	-0,55%	8,22%	4,48%	20,92%
	1	9,09%	3	12,00%	4	11,11%	11,50%	-2,41%	20,59%	13,00%	-1,00%	-1,00%	10,27%	0,84%	21,38%
	2	8,33%	2	5,13%	4	6,35%	11,06%	-2,72%	19,39%	8,82%	-3,70%	-3,70%	6,02%	0,33%	12,37%
	2	18,18%	2	8,00%	4	11,11%	15,43%	2,75%	33,61%	10,85%	-2,85%	-2,85%	10,27%	0,84%	21,38%
	2	8,33%	0	0,00%	2	3,17%	11,06%	-2,72%	19,39%	0,00%	0,00%	0,00%	4,33%	-1,15%	7,50%
	2	18,18%	0	0,00%	2	5,56%	15,43%	2,75%	33,61%	0,00%	0,00%	0,00%	7,48%	-1,93%	13,04%
4	8	33,33%	18	46,15%	26	41,27%	18,86%	14,47%	52,19%	19,94%	26,21%	26,21%	12,16%	29,11%	53,43%
	5	45,45%	9	36,00%	14	38,89%	19,92%	25,53%	65,38%	19,20%	16,80%	16,80%	15,92%	22,96%	54,81%
	6	25,00%	7	17,95%	13	20,63%	17,32%	7,68%	42,32%	15,35%	2,60%	2,60%	9,99%	10,64%	30,63%
	3	27,27%	7	28,00%	10	27,78%	17,82%	9,45%	45,09%	17,96%	10,04%	10,04%	14,63%	13,15%	42,41%
	4	16,67%	4	10,26%	8	12,70%	14,91%	1,76%	31,58%	12,14%	-1,88%	-1,88%	8,22%	4,48%	20,92%
	0	0,00%	2	8,00%	2	5,56%	0,00%	0,00%	0,00%	10,85%	-2,85%	-2,85%	7,48%	-1,93%	13,04%
	3	12,50%	6	15,38%	9	14,29%	13,23%	-0,73%	25,73%	14,44%	0,95%	0,95%	8,64%	5,64%	22,93%
	1	9,09%	4	16,00%	5	13,89%	11,50%	-2,41%	20,59%	14,67%	1,33%	1,33%	11,30%	2,59%	25,19%
	2	8,33%	3	7,69%	5	7,94%	11,06%	-2,72%	19,39%	10,66%	-2,97%	-2,97%	6,67%	1,26%	14,61%
	1	9,09%	2	8,00%	3	8,33%	11,50%	-2,41%	20,59%	10,85%	-2,85%	-2,85%	9,03%	-0,70%	17,36%
	1	4,17%	1	2,56%	2	3,17%	7,99%	-3,83%	12,16%	6,32%	-3,76%	-3,76%	4,33%	-1,15%	7,50%
	1	9,09%	1	4,00%	2	5,56%	11,50%	-2,41%	20,59%	7,84%	-3,84%	-3,84%	7,48%	-1,93%	13,04%
5	1	4,17%	1	2,56%	2	3,17%	7,99%	-3,83%	12,16%	6,32%	-3,76%	-3,76%	4,33%	-1,15%	7,50%

Q= Questionnaire, N=effectif, IC= Intervalle de confiance, <=borne inférieure, >= borne supérieure

L'intervalle de confiance du pourcentage est calculé avec P le pourcentage concerné et Q son complémentaire, suivant :

$$Ic = 1,96\sqrt{P * Q/n}$$

Bibliographie

- [1] AMI-QUÉBEC, ALLIANCE POUR LES MALADES MENTAUX INC. ET AGENCE DE RÉINSERTION COMMUNAUTAIRE. *La maladie mentale: un guide régional destiné aux familles*. 4eme éd.[s.l.] : [s.n.], 2003.
- [2] ARAOZ D. L. *The new hypnosis*. New York, Etats-Unis : Brunner/Mazel, 1985. 214 p.ISBN : 0-87630-387-4.
- [3] ARMFIELD J. M. « Towards a better understanding of dental anxiety and fear: cognitions vs. experiences ». *Eur. J. Oral Sci.* [En ligne]. juin 2010. Vol. 118, n°3, p. 259-264. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0722.2010.00740.x> >
- [4] ASSOCIATI A. P. *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux: Texte révisé*. 2e éd.[s.l.] : Editions Masson, 2003. 1064 p.ISBN : 2294006631.
- [5] BARE L. C., DUNDES L. « Strategies for combating dental anxiety ». *J. Dent. Educ.* novembre 2004. Vol. 68, n°11, p. 1172-1177.
- [6] BENHAÏEM J.-M., ROUSTANG F. *L'hypnose ou les portes de la guérison*. Paris : Ed. Odile Jacob, 2012. ISBN : 9782738128478 2738128475.
- [7] BERDE C., WOLFE J. « Pain, anxiety, distress, and suffering: interrelated, but not interchangeable ». *J. Pediatr.* [En ligne]. avril 2003. Vol. 142, n°4, p. 361-363. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1067/mpd.2003.194> >
- [8] LE BRETON D. *Anthropologie de la douleur*. Paris : Éditions Métailié, 2006. ISBN : 2864245655 9782864245650.
- [9] CIOCCHI S., HERRY C., GRENIER F., WOLFF S. B. E., LETZKUS J. J., VLACHOS I., EHRLICH I., SPRENGEL R., DEISSEROTH K., STADLER M. B., MÜLLER C., LÜTHI A. « Encoding of conditioned fear in central amygdala inhibitory circuits ». *Nature* [En ligne]. 11 novembre 2010. Vol. 468, n°7321, p. 277-282. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1038/nature09559> >
- [10] DAITCH C. *Affect Regulation Toolbox: Practical and Effective Hypnotic Interventions for the Over-Reactive Client*. 1^{re} éd.[s.l.] : W. W. Norton & Company, 2007. 320 p.ISBN : 0393704955.
- [11] DANTZER R. « Psychobiologie de la peur ». *Communications* [En ligne]. 1993. Vol. 57, n°1, p. 25-34. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.3406/comm.1993.1864> >
- [12] DARWIN C. *L'expression des émotions chez l'homme et les animaux*. [s.l.] : Rivages poche, 2001. 222 p.ISBN : 2743608420.
- [13] DAURIAC MARIE-CLÉMENCE. *L'hypnose médicale en odontologie et ses applications*. [s.l.] : [s.n.], 2010.
- [14] EKMAN P, FRIESEN, HAGER. *Facial Action Coding System, Investigator's Guide*. human face. USA : [s.n.], 2002.
- [15] FREUD S. *La première théorie des névroses*. [s.l.] : Presses Universitaires de France - PUF, 2010. 208 p.ISBN : 2130578160.

- [16] HAMMOND D. C. *Métaphores et suggestions hypnotiques*. Bruxelles : Satas, 2004. ISBN : 2872930825 9782872930821.
- [17] HAMON J-F, BLONDEL J-F, BISSON T, MIOLLAN C. *Attention, Vigilance, Émotion*. [s.l.] : Editions L'Harmattan, 1998. 182 p. ISBN : 9782296374614.
- [18] HOAREAU J. *Hypnose clinique*. Paris : Masson, 1992. ISBN : 2225827907 9782225827907.
- [19] JAAKKOLA S., RAUTAVA P., ALANEN P., AROMAA M., PIENIHÄKKINEN K., RÄIHÄ H., VAHLBERG T., MATTILA M.-L., SILLANPÄÄ M. « Dental fear: one single clinical question for measurement ». *Open Dent. J.* [En ligne]. 2009. Vol. 3, p. 161-166. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.2174/1874210600903010161> >
- [20] KIROUAC G., DORÉ F. Y. « Judgment of facial expressions of emotion as a function of exposure time ». *Percept. Mot. Skills*. août 1984. Vol. 59, n°1, p. 147-150.
- [21] LETZKUS J. J., WOLFF S. B. E., MEYER E. M. M., TOVOTE P., COURTIN J., HERRY C., LÜTHI A. « A disinhibitory microcircuit for associative fear learning in the auditory cortex ». *Nature* [En ligne]. 15 décembre 2011. Vol. 480, n°7377, p. 331-335. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1038/nature10674> > (consulté le 30 avril 2013)
- [22] MAIROLT E. *Des états pathologiques aux états hypnotiques en passant par les troubles de la transe-ition*. l'Arbousier.[s.l.] : [s.n.], 2000. (De sensus, tome 1)
- [23] MALAREWICZ J.-A., BENOIT J.-C. *Cours d'hypnose clinique: études éricksoniennes*. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine), France : ESF éditeur, 2013. 219 p. (L'art de la psychothérapie, ISSN 1269-8105). ISBN : 978-2-7101-2549-5.
- [24] MAQUET P., FAYMONVILLE M. E., DEGUELDRE C., DELFIORE G., FRANCK G., LUXEN A., LAMY M. « Functional neuroanatomy of hypnotic state ». *Biol. Psychiatry*. 1 février 1999. Vol. 45, n°3, p. 327-333.
- [25] MARCHAND S. *Le phénomène de la douleur comprendre pour soigner*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2009. ISBN : 9782294701368 2294701364.
- [26] MATHARU L., ASHLEY P. F. « Sedation of anxious children undergoing dental treatment ». *EBD Cochrane Database Syst. Rev.* [En ligne]. 2006. n°1,. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003877.pub3> >
- [27] MEHRABIAN A., WIENER M. « Decoding of inconsistent communications ». *J. Pers. Soc. Psychol.* mai 1967. Vol. 6, n°1, p. 109-114.
- [28] MICHAUX D., HALFON Y., WOOD C. *Manuel d'hypnose pour les professions de santé*. Paris, France : Maloine, 2007. 302 p. ISBN : 978-2-224-02911-1.
- [29] OLNESS K., KOHEN D. P. *Hypnosis and hypnotherapy with children*. New York : Guilford Press, 1996. ISBN : 157230054X 9781572300545.
- [30] OOSTERINK F. M. D., DE JONGH A., AARTMAN I. H. A. « What are people afraid of during dental treatment? Anxiety-provoking capacity of 67 stimuli characteristic of the dental setting ». *Eur. J. Oral Sci.* [En ligne]. février 2008. Vol. 116, n°1, p. 44-51. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0722.2007.00500.x> >

- [31] R D. « La phobie du chirurgien dentiste ». *Rev. Odonto-Stomatol. Paris*. 1990. Vol. 19, n°5, p. 393-399.
- [32] RAINVILLE P., CARRIER B., HOFBAUER R. K., BUSHNELL M. C., DUNCAN G. H. « Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation ». *Pain*. août 1999. Vol. 82, n°2, p. 159-171.
- [33] RAMACHANDRAN V. S. *Le cerveau fait de l'esprit: enquête sur les neurones miroirs*. Paris, France : Dunod, 2011. 396 p.(Quai des sciences, ISSN 1764-4437). ISBN : 978-2-10-054393-9.
- [34] RAULT, MARCHAND,VRIGNAUD. « Hypnose ericksonienne et anesthésie ». janvier 2005. n°65,.
- [35] RIZZOLATTI G., SINIGAGLIA C. *Les neurones miroirs*. Paris, France : O. Jacob, 2007. 236 p.(Sciences (Ed. O. Jacob)). ISBN : 978-2-7381-1924-7.
- [36] SALTHUN-LASSALLE BÉNEDICTE. « Les circuits de la peur ». *Pour Sci*. 26 novembre 2010.
- [37] SEBILLE NOLWENN. *Hypnose: Technique thérapeutique dans la prise en charge de l'anxiété en pratique odontologique*. [s.l.] : [s.n.], 2007.
- [38] SKARET ERIC. « Le patient anxieux des soins dentaires: un défi pour le praticien ». 2004. Vol. 15, n°4, p. 303.
- [39] VLAEYEN J. W. S., CROMBEZ G. « La psychologie de la peur et de la douleur ». *Rev. Rhum*. [En ligne]. juin 2009. Vol. 76, n°6, p. 511-516. Disponible sur : < <http://dx.doi.org/10.1016/j.rhum.2009.03.004> > (consulté le 28 novembre 2013)
- [40] WOOD C., BIOY A. « Particularités de l'hypnose chez l'enfant ». mars 2009. n°7, p. 6-9.
- [41] WOOD C., DUPARC N., LEBLANC V., CUNIN-ROY C. « L'hypnose et la douleur ». mai-juin 2004. n°11,.
- [42] *Dictionnaire des termes de médecine. 27ème édition - Jacques Delamare*. [s.l.] : Maloine, 2002. 1001 p.
- [43] *Le Petit Larousse illustré grand format*. 2013.

Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, le Directeur de la Faculté d'Odontologie de Bordeaux,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université Bordeaux 2,

Date, Signature :