Prise en charge du réflexe nauséeux par l'hypnose médicale au cabinet dentaire. Évaluation des pratiques professionnelles

Mélissa Mahé

▶ **To cite this version:**

Mélissa Mahé. Prise en charge du réflexe nauséeux par l'hypnose médicale au cabinet dentaire. Évaluation des pratiques professionnelles. Chirurgie. 2017. dumas-01671594

HAL Id: dumas-01671594

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01671594

Submitted on 22 Dec 2017

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.

Université de Bordeaux
Collège des Sciences de la Santé
UFR des Sciences Odontologiques

Année 2017 N°76

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

Présentée et soutenue publiquement
Par Mélissa Mélodie Landy MAHE
Née le 21 juin 1991 à Montpellier (Hérault)
Le 23 octobre 2017

Prise en charge du réflexe nauséeux par l'hypnose médicale au cabinet dentaire. Évaluation des pratiques professionnelles.

Directeur de Thèse
Docteur Yves DELBOS

Membres du jury

Président	Mme Caroline BERTRAND	Professeur des Universités
Directeur	M. Yves DELBOS	Maître de Conférences des Universités
Rapporteur	Mme Audrey AUSSEL	Assistante Hospitalo-Universitaire
Assesseur	Mme Dominique ORIEZ	Maître de Conférences des Universités
Invité	M. Claude PARODI	Formateur Hypnoteeth®

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ 01/09/2017

Président	M. TUNON DE LARA Manuel
Directeur de Collège des Sciences de la Santé	M. PELLEGRIN Jean-Luc

COLLEGE DES SCIENCES DE LA SANTE
UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE DES SCIENCES ODONTOLOGIQUES

Directrice	Mme BERTRAND Caroline	58-02
Directrice Adjointe – Chargée de la Formation initiale	Mme ORIEZ-PONS Dominique	58-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche	M. FRICAIN Jean-Christophe	57-02
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales	M. LASSERRE Jean-François	58-02

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Sylvain	CATROS	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme	Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-02
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-03
M.	Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	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.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme	Sylvie	BRUNET	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,	Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
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.	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
M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-02
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
M.	Johan	SAMOT	Sciences biologiques	57-03
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Sciences biologiques	57-03
M.	Eric	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

ASSISTANTS

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
M.	Wallid	BOUJEMAA AZZI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Melle	Camille	BOULÉ-MONTPEZAT	Odontologie pédiatrique	56-01
Melle	Anaïs	CAVARÉ	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Hubert	CHAUVEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Mathieu	CONTREPOIS	Prothèse dentaire	58-02
M.	Jean-Baptiste	CULOT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-03
Mme	Clarisse	DE OLIVEIRA	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
Mme	Mathilde	FENELON	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01
Mme	Agathe	GREMARE	Sciences biologiques	57-03
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Adrien	LASTRADE	Prothèse dentaire	58-02
M.	Alexandre	MARILLAS	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Emmanuel	MASSON-REGNAULT	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-02
Mme	Marie	MÉDIO	Orthopédie dento-faciale	56-02
Mme	Meryem	MESFIOUI	Parodontologie	57-01
Mme	Darrène	NGUYEN	Sciences biologiques	57-03
M.	Ali	NOUREDDINE	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Chloé	PELOURDE	Orthopédie dento-faciale	56-02
M.	Antoine	POPELUT	Parodontologie	57-01
Mme	Charlotte	RAGUENEAU	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Noélla	RAJONSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03
M.	Clément	RIVES	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Thibaut	ROULLAND	Prothèse dentaire	58-02
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-02
Mme	Audrey	SAY LIANG FAT	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-03

Remerciements

A notre Présidente de thèse

Madame le Professeur Caroline BERTRAND

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Chef de pôle d'Odontologie et de Santé Buccale du CHU de Bordeaux

Sous-section Prothèse dentaire 58-02

Je vous remercie sincèrement de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de mon jury de thèse. Veuillez recevoir l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect à votre égard ainsi que ma gratitude pour votre disponibilité.

A notre Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Yves DELBOS

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Odontologie pédiatrique 56-01

Je vous remercie du très grand honneur que vous m'avez fait de diriger cette thèse. Votre disponibilité, vos conseils et votre enthousiasme m'ont été précieux. Merci pour votre bonne humeur et votre soutien. Ce fut un grand plaisir de travailler avec vous sur ce sujet. Veuillez recevoir l'expression de ma profonde considération, ainsi que toute ma gratitude.

A notre Rapporteur de thèse

Madame le Docteur Audrey AUSSEL

Assistante Hospitalo-Universitaire

Sous-section Sciences anatomiques et physiologiques 58-03

Je vous suis reconnaissante de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse d'en être le rapporteur. Je vous remercie pour votre gentillesse, votre disponibilité et pour le temps accordé à la relecture et à la correction de mon travail. Merci pour les précieux conseils que vous m'avez apportés durant mes vacations hospitalières à Saint-André. Ce fut un grand plaisir d'avoir travaillé à vos côtés. C'est

avec beaucoup de gratitude que je vous exprime l'assurance de mon profond respect.

A notre Assesseur

Madame le Docteur Dominique ORIEZ

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Sous-section Odontologie conservatrice – Endodontie 58-01

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Je vous remercie non seulement pour vos enseignements, vos conseils sur cette thèse, mais aussi pour votre accompagnement au cours de mes vacations hospitalières à Saint-André. Un grand merci pour ces années de cliniques à vos côtés. Permettez-moi de vous témoigner toute ma gratitude et mon estime à votre égard.

A notre invité

Monsieur le Docteur Claude PARODI

Pour votre intervention durant les cours d'initiation à l'hypnose et pour avoir accepté de diffuser mon questionnaire au sein de votre formation Hypnoteeth®.

Remerciements personnels

A mon fiancé, Jean-Sylvestre, sans qui rien de tout cela n'aurait était possible. Tu m'as accompagné dans cette aventure les yeux fermés, avec une confiance totale et aveugle. Tu n'as jamais douté de moi et n'as eu de cesse de m'encourager dans les moments les moins marrants. Ta capacité à me supporter au quotidien mériterait une thèse à elle seule. Ma gratitude à ton égard n'a d'égal que le respect que je te porte.

A ma famille, qui m'a toujours supportée et soutenue moralement, émotionnellement et surtout financièrement. Merci de m'avoir fait confiance.
A mes parents, pour les sacrifices qu'ils ont faits afin de m'offrir une éducation.
A ma Mère, merci pour ton soutien, tes conseils et ta présence quelle que soit l'heure ou la distance. Merci d'avoir cru en moi. A mon père, qui a été là pour moi, quel que soit le problème rencontré. Merci pour ton soutien sans faille. Tu as toujours su mettre tes enfants au premier plan. Je n'oublierais pas les sacrifices que tu étais prêt à faire pour que je puisse continuer mes études.
A mon frère, Yoann, qui saura toujours me remettre les pieds sur terre. Et qui malgré son caractère serait prêt à tout pour m'aider à m'accomplir. Ton soutien et ton approbation me sont essentiels.
A ma belle-famille, Marie-Christine et Marie-Noëlle pour leur gentillesse, leur soutien, leur aptitude à faire de moi un membre à part entière de leur famille et à leur propension à me gâter plus que de mesure. A Marie-Noëlle qui a eu le courage de relire et corriger cette thèse.
A Dadou, qui n'est plus là pour partager ce moment qu'il attendait avec impatience.

A mes amis, à toi Jane pour tout et pour rien. Toutes ces heures d'amphi à tes côtés, toutes ses vacations à l'hôpital, tous ces repas partagés, toute ta répartie. A ton franc parlé, ton « magnanisme », tes encouragements … A notre amitié tout simplement.
A Islaine, tu sais pourquoi !!
A Sylvain mon binôme, mon frère, parce que tu es N…
A Maeva, Anael, Anaïs, Clément, Mathilde, Juliette, Noémie et les Marion pour votre gentillesse et votre bonne humeur. Vous avez été les rencontres qui ont éclairé toutes ces heures d'amphi. A mes binômes Pauline, Geoffrey, Léa et Corentin… et toutes les personnes que j'ai pu oublier.

Table des matières

Introduction 9
1 Le réflexe nauséeux 10
1.1 Définitions 10
1.2 Anatomo-physiologie 10
1.2.1 Arc réflexe 11
1.2.2 Etiologies 14
1.3 Signes cliniques 16
1.4 Conséquences 17
1.4.1 Pour le praticien 17
1.4.2 Pour le patient 17
1.5 Solutions thérapeutiques 18
1.5.1 Techniques psychologiques et comportementales 18
1.5.2 Techniques pharmacologiques 21
1.5.3 Techniques non pharmacologiques 22
2 L'hypnose 24
2.1 Histoire et définitions 24
2.2 Concept étatistes et non étatiste 27
2.3 Indications/contre-indications 29
2.3.1 Indications 29
2.3.1.1 Gestion du stress 30
2.3.1.2 Gestion de la douleur 30
2.3.1.3 Autres indications 31
2.3.2 Contre-indications 31
2.4 Déroulement de la séance sous hypnose 31
2.4.1 Les conditions nécessaires 32
2.4.2 Le discours hypnotique 36
2.4.3 Exemple de discours hypnotique 37

3 Evaluation des pratiques professionnelles 38
3.1 Introduction 38
3.2 Matériel et méthodes 38
3.3 Résultats 39
3.3.1 Démographie : 39
3.3.1.1 Sexe 39
3.3.1.2 Formations 40
3.3.2 Utilisation de l'hypnose 44
3.3.3 Prise en charge du réflexe nauséeux 46
3.3.3.1 Changement de mode de prise en charge 47
3.3.3.2 Efficacité de l'hypnose médicale 50
3.3.4 Analyse de discours 58
3.4 Discussion 61
Conclusion 64
Bibliographie 65
Annexes 69
1 Questionnaire à destination des praticiens 69
2 Analyse de discours 71
3 Table des figures 74
4 Table des graphiques 74
5 Table des schémas 75
6 Table des tableaux 76

Introduction

Au cours de son exercice, le chirurgien-dentiste est confronté à différentes difficultés. Certaines seront inhérentes à l'art dentaire lui-même, au geste technique à exécuter, alors que d'autres pourront être inhérentes au patient. C'est ainsi que le praticien peut se retrouver confronté, chez son patient, à un réflexe nauséeux prononcé, qui rendra le processus de soin plus compliqué qu'à l'ordinaire. En plus d'être une difficulté pour le praticien, ce réflexe nauséeux s'avère être aussi un inconvénient pour le patient. En effet, bien qu'il soit à l'origine un processus physiologique mis en place afin de protéger les voies aéro-digestives supérieures de toute obstruction, le réflexe nauséeux pourra devenir une barrière aux soins mais aussi à la mise en place de traitements appropriés ou de prothèses adaptées pour le patient. Les données épidémiologiques concernant ce sujet restent maigres, cependant le réflexe nauséeux touche préférentiellement le sexe masculin et est exacerbé le matin (1).

Dans l'intention de faciliter les soins, différentes techniques peuvent être utilisées afin de diminuer ce réflexe. Parmi elles, une technique semble être de plus en plus utilisée, celle de l'hypnose médicale. Son utilisation au cabinet dentaire est multiple : gestion du stress du patient, régulation de l'hémostase, ou encore facilitation des soins pédodontiques. De nombreuses études ont été menées sur son efficacité en ce qui concerne certaines de ces applications (2–4). Cependant, les modalités relatives à son usage envers un réflexe nauséeux hyper développé restent peu documentées.

Au cours des travaux effectués, le processus du réflexe nauséeux sera défini, détaillé et la notion d'hypnose médicale sera approfondie et précisée. Ces informations permettront d'étudier les réponses obtenues à un questionnaire à destination des praticiens ayant eu recours à l'hypnose médicale dans le cadre d'une prise en charge rendue difficile par la présence d'un réflexe nauséeux exacerbé.

Ces questionnaires auront pour but d'étayer les connaissances concernant les modalités d'utilisation de l'hypnose médicale en cabinet dentaire, dans la prise en charge de patients à réflexe nauséeux exagéré.

1 Le réflexe nauséeux

1.1 Définitions

Par définition, le réflexe nauséeux est une envie de vomir involontaire provoquée par une stimulation sensitive ou sensorielle. Il s'agit d'un réflexe inné et vital de protection, qui permet de conserver dégagées les voies aérodigestives supérieures et d'éliminer tout stimulus nuisible, susceptible de les obstruer (5).

Ce processus physiologique peut devenir pathologique s'il se produit trop fréquemment ou s'il est déclenché de manière trop élémentaire. Il est alors caractérisé comme réflexe nauséeux exacerbé, exagéré, ou encore sévère. C'est dans les conditions d'une activation exagérée qu'il devient une contrainte pour le patient, autant que pour le praticien, au cours des soins dentaires.

1.2 Anatomo-physiologie

Le réflexe nauséeux est un réflexe inné qui s'estompe progressivement durant les premières années de vie du nourrisson. Avec la maturation des fonctions orales, la respiration passe d'une respiration infantile buccale à une respiration normalisée dite nasale. La déglutition se met en place et le réflexe nauséeux devient plus postérieur. Avec l'apparition de la denture temporaire, il se localise principalement au niveau de la luette. A l'âge adulte, la persistance de ce réflexe nauséeux est souvent associée à d'autres formes de dysfonctions.

Le réflexe nauséeux est selon BASTIN, une «sensation digestive désagréable, ne correspondant pas à une accélération de la motricité gastrique, mais au contraire à une diminution de cette activité » (6). Il a pour objectif le maintien de la liberté des voies aéro-digestives supérieures quand il est inné. Il est augmenté en cas de problèmes respiratoires (obstruction nasale chronique, sinusite, déviation du septum nasal …)(7). Il peut devenir une réponse conditionnée qui est un réflexe de défense acquis, à des sollicitations sensorielles et psychiques. Il est accentué le matin, du fait de l'excitabilité accrue du centre de vomissement, causée par l'hypoglycémie et la déshydratation. Il est proportionnel à la force du stimulus. Il peut être déclenché par sommation temporelle ou spatiale de stimuli d'intensité faible. Il est éteint par

répétition prolongée ou trop récurrente du stimulus. Il est déprimé en cas d'état physique altéré (fatigue, anesthésie générale, choc).

En 1949 KHAN décrit son déroulement moteur, qui reprend en sens inverse la séquence musculaire de la déglutition : plissement des lèvres ou tentative de fermeture des mâchoires, élévation et creusement de la langue avec rotation d'arrière en avant, élévation du palais mou et de l'os hyoïde, contraction des piliers antérieurs et postérieurs du palais, élévation, contraction et rétraction du larynx, fermeture de la glotte, passage forcé d'air à travers la glotte, son caractéristique « retching », salivation excessive, larmoiements et sudation, spasmes des muscles respiratoires, plus ou moins accompagné d'un vomissement.

1.2.1 Arc réflexe

Le réflexe nauséeux est un procédé de défense naturelle, qui suit le trajet classique de l'arc réflexe. Il peut être activé autant par un stimulus tactile intra oral que par un stimulus non tactile d'ordre visuel, auditif ou olfactif (8,9). Le signal suivra le trajet décrit dans le schéma 1 (10).

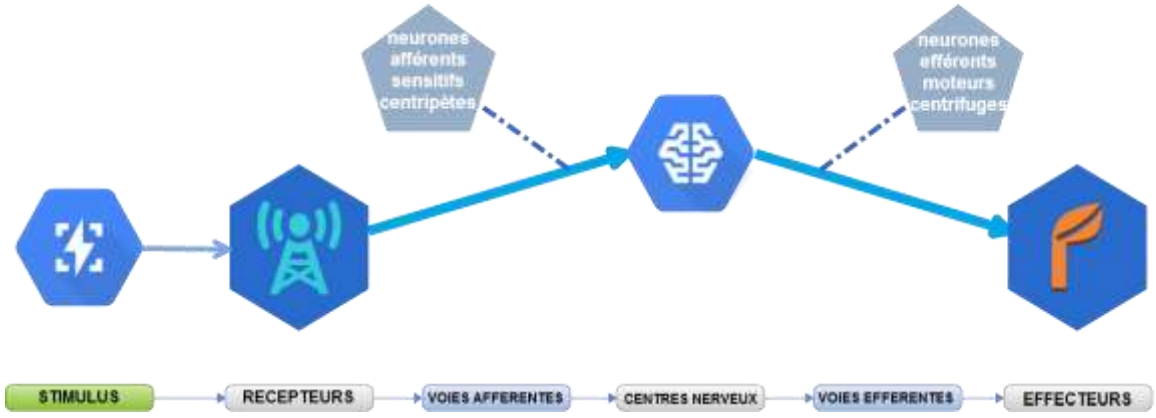


Schéma 1 : Arc réflexe

Le stimulus à l'origine du réflexe nauséeux sera donc capté par des récepteurs qui transmettront l'information du système nerveux périphérique, au système nerveux central, par le biais de nerfs sensitifs afférents. Un centre nerveux se trouvant dans le

système nerveux central, traitera l'information et déclenchera une cascade d'évènements transitant par les nerfs moteurs efférents (11–13).

A l'origine de ce mécanisme de défense, certaines zones de la cavité buccale ont été identifiées comme zones gâchettes du fait de leur importante innervation neurovégétative : la langue et surtout sa base ; le palais, le voile du palais et ses piliers antérieurs et postérieurs et la luette. En arrière de la cavité buccale, les zones sensibles englobent les loges amygdaliennes et la paroi postérieure du pharynx.

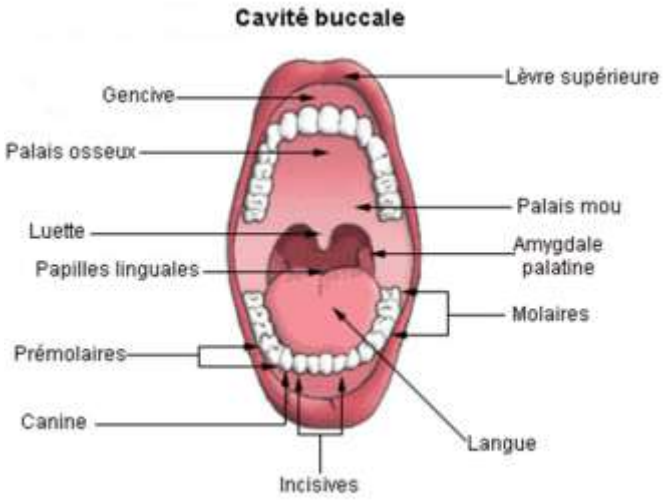


Figure 1 : Cavité buccale[1]

Au cours de soins dentaires, il n'est pas rare que ces zones sensibles réflexogènes ou zones gâchettes soient stimulées. Un stimulus transite alors par les voies afférentes des nerfs crâniens trigéminal V, glossopharyngien IX et vague X jusqu'au centre du vomissement situé dans la *médulla oblongata*. Depuis cette zone, sont renvoyés des signaux efférents engendrant des contractions musculaires spasmodiques et non coordonnées spécifiques du réflexe nauséeux (14).

Le centre du vomissement est composé de deux formations physiologiquement différentes : une zone chimio-sensible appelée **« zone chémoréceptrice réflexogène ZCR »** ou « trigger zone », et un centre d'intégration immédiatement associé à la provocation du vomissement: le **centre de vomissement proprement dit** (15).

[1] https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/82/Cavit%C3%A9_buccale.png

La zone chémoréceptrice réflexogène localisée hors de la barrière hémato-encéphalique, dans le plancher du IVème ventricule dans une zone appelée *area postrema*, détecte les substances dites émétisantes circulant dans le sang et/ou dans le liquide céphalo-rachidien. Ces substances pouvant être toxiques, leur repérage amorce le vomissement afin de les éliminer au plus vite. Cette zone participe donc au déclenchement de la nausée et du vomissement provoqué par voie humorale mais aussi labyrinthique (mal des transports), et ceci seulement lorsque le centre de vomissement est intact. Parmi ces substances émétisantes certaines seront ingérées (intoxication alimentaire, drogue, chimiothérapie, professionnelle) tandis que d'autres seront produites de manière endogène (inflammation, infection, grossesse) (16,17).

Le centre de vomissement proprement dit quant à lui est un réseau neuronal diffus, appartenant, dans la zone de la *médulla oblongata*, à un groupe de noyaux viscéraux (salivaires, vasomoteurs) et de centres neuroniques régulateurs de plusieurs fonctions viscérales et somatiques. Sa disposition, aux abords des centres respiratoires, ainsi que des noyaux du nerf vague, explique les signes cliniques accompagnant la nausée ou le vomissement qui seront abordés dans le chapitre « Signes cliniques ».

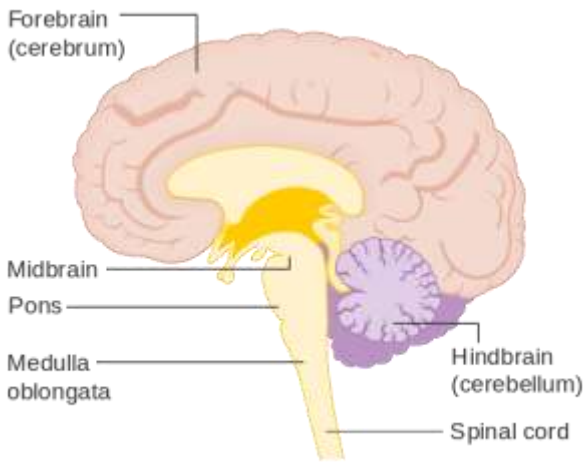


Figure 2 : Coupe sagittale de l'encéphale[2]

[2] https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Bulbe_rachidien.png

De plus, du fait de voies neurales allant du centre du vomissement au cortex cérébral, le réflexe nauséeux peut être modulé et donc causé par la simple imagination de souvenirs ou d'expériences désagréables. Ainsi, pour une empreinte par exemple, le fait de percevoir le goût de l'alginate (récepteurs gustatifs), sentir l'odeur de la préparation (récepteurs olfactifs), entendre l'acte de spatulation (récepteurs auditifs), voir le porte-empreintes chargé (récepteurs visuels), suffit à entraîner une envie de vomir.

1.2.2 Etiologies

Comme résumé dans le schéma 2, le réflexe nauséeux peut être déclenché par :

- voie psychique ou sensorielle : le stimulus y transite par les centres nerveux supérieurs cortex et diencéphale.
- voie viscérale : les stimuli y parviennent du tube digestif, des voies biliaires, de l'appareil cardio-vasculaire, ou encore de l'appareil uro-génital.
- voie sensitive ou tactile : les stimuli y parviennent des zones gâchettes de la cavité buccale.
- voie humorale et labyrinthique : faisant entrer en jeu la zone chémoréceptrice réflexogène, sensible aux stimuli chimiques circulant dans sang/liquide céphalo-rachidien et aux stimuli du système cochléaire.

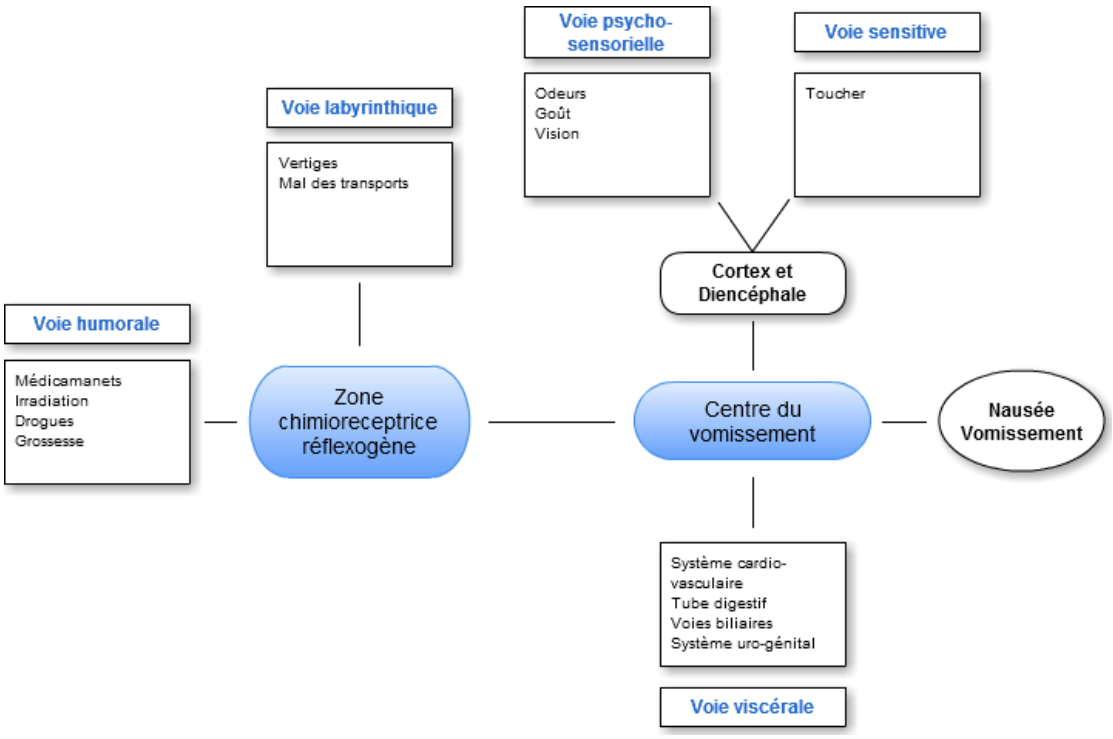


Schéma 2 : Voies d'acheminement des stimuli émétisants au centre du vomissement

Il est alors possible pour simplifier, de diviser les patients en deux classes selon l'étiologie causant le réflexe nauséeux au cours d'un soin dentaire : « Origine somatogénique » qui déclenchera le réflexe par un contact physique , « Origine psychogénique » qui déclenchera le réflexe par un stimulus psycho-sensoriel (perceptions sensorielles, pensées, souvenirs, sentiments) (7,18).

Pour les patients souffrant de réflexe nauséeux exacerbé d'origine somatogénique, le déclenchement du réflexe est engendré par de simples gestes du quotidien. Le brossage de dents, l'insertion de couverts trop volumineux sont, chez eux, source de problème.

Dans la catégorie à déclenchement d'origine psychogénique, ce sont des sensations telles que la peur, l'anxiété, l'angoisse qui sont à la base du réflexe nauséeux. Y sont retrouvés, les patients présentant un réflexe protecteur souvent conditionné par le stress de précédentes expériences (précédents soins dentaires, épisode d'étouffement, abus sexuel…) C'est cette dernière catégorie qui représente l'essentiel de la patientèle à réflexe nauséeux que peuvent rencontrer les chirurgiens-dentistes. Inconsciemment, le patient développe sur le fauteuil une certaine phobie de l'étouffement. Cette dernière est, dans son cas le plus complexe, caractérisée par une peur intense de l'étouffement accompagnée de l'évitement de plusieurs actes quotidiens telles que : la déglutition de nourriture solide, de liquide et la prise de comprimé. Dans ces conditions, le patient présente alors une perte de poids significative. Souvent due au souvenir d'un épisode de stress respiratoire suite à l'ingestion de nourriture, la phobie de l'étouffement emmène le patient à éviter tout comportement risquant de déclencher un arrêt de la respiration. Cette esquive aboutit à la réduction de l'apport en nourriture, à la sélection méticuleuse des textures et des volumes des ingestions réalisées (19).

Bien que sa prévalence ne soit pas connue, selon McNally (20), cette névrose peu commune semble toucher plus souvent les femmes que les hommes, indépendamment de l'âge. Elle peut être le seul problème psychiatrique du patient mais semble être souvent associée à des attaques de panique, de la dépression, ou encore à un comportement très contradictoire (trouble d'opposition).

Son déclenchement fait souvent suite à un épisode d'étouffement après ingestion de nourriture et s'accompagne donc d'une perte de poids quasi systématiquement.

Les patients traités au cabinet dentaire ne souffrent pas à proprement dit d'une phobie de l'étouffement mais d'une peur s'y rapprochant. Cette peur est d'autant plus développée que le patient présente des problèmes ou difficultés respiratoires (rhume, respiration buccale …). Le réflexe nauséeux est chose commune et peut tout à fait être géré ponctuellement lors de phase à haut potentiel réflexogène telles que les empreintes maxillaires. Le réel problème se posera quand le patient présentera une hypersensibilité concernant ce réflexe nauséeux (zone réflexe trop antérieure dans la bouche, et/ou hypersensible). En effet, les conséquences d'un réflexe nauséeux caractérisé comme sévère sont plus problématiques. Elles peuvent alors être déclenchées par un contact muqueux voir même dans certains cas par simple stimulus visuel à l'origine d'une réminiscence d'expérience passée. De telles conséquences empêchent alors l'insertion de corps étrangers et donc la réalisation de soins dans la cavité buccale.

1.3 Signes cliniques

Cliniquement, la nausée est le prodrome du vomissement durant lequel le sujet éprouve une sensation située le plus souvent au niveau de l'épigastre.

Du fait de la localisation particulière du centre du vomissement et de ses relations avec les structures nerveuses avoisinantes (noyaux régulateurs organo-végétatifs), ce symptôme banal est caractérisé au cours des soins par un dégoût accompagné de troubles divers appelés « troubles ou phénomènes associatifs»: troubles respiratoires (dyspnée), troubles digestifs (impression de réplétion gastrique), vasomoteurs, avec pâleur due à la vasoconstriction cutanée, sudation, dilatation des pupilles, larmoiement, hyper salivation, bourdonnements d'oreilles, céphalée, tachycardie , hypotension, toux. Tous ces signes cliniques dont la présence n'est pas forcement obligatoire, peuvent engendrer chez le patient une détresse telle qu'elle entretiendra d'une certaine mesure le processus, créant ainsi un cercle vicieux. Le réflexe nauséeux peut alors être isolé ou suivi par le vomissement (21,22).

1.4 Conséquences

Un réflexe nauséeux hyper développé est un obstacle autant pour le praticien que pour le patient. Il est source de stress pour les deux parties impliquées.

1.4.1 Pour le praticien

Un réflexe nauséeux dans sa forme sévère va s'avérer être pour le praticien un obstacle à la réalisation des soins dans tous les domaines de notre spécialité.

En effet, des difficultés peuvent apparaître lors d'une simple consultation et sont démultipliées pour les soins en zone postérieure (un déclenchement pouvant arriver avant même d'avoir atteint les premières molaires maxillaires).Quant à la réalisation de prothèses adaptées, l'étape des empreintes reste la plus réflexogène. Ce réflexe nauséeux peut être chronophage et frustrant. L'équipe médicale doit savoir faire preuve d'empathie, établir une relation de confiance et mettre en place une véritable alliance thérapeutique. Si ce réflexe nauséeux n'est pas maîtrisé, l'intégralité de la thérapeutique peut être mise en jeu et peut ainsi être à l'origine d'un plan de traitement plus radical et moins conservateur (23).

1.4.2 Pour le patient

Un réflexe nauséeux hyper développé, engendre chez les patients des difficultés non seulement sur le fauteuil du chirurgien-dentiste mais aussi dans leur vie quotidienne (1,23–26).

Dans les cas les plus sévères, le réflexe nauséeux engendre des obstacles à l'obtention d'une hygiène correcte. La brosse à dent passée au niveau des molaires provoque l'envie de vomir et empêche le nettoyage complet de la cavité buccale. Or, une hygiène approximative est à l'origine de la maladie parodontale et carieuse.

A eux seuls, le stress et l'anticipation d'un rendez-vous chez le dentiste peuvent dissuader le patient d'avoir recours à des soins. S'en suit un cercle vicieux de dégradation de la santé bucco-dentaire, de honte, d'embarras et de stress décourageant le patient de chercher de l'aide auprès de son dentiste.

Selon Saita *et al*., le problème du réflexe nauséeux hypersensible serait à l'origine d'environ 20% des renoncements aux soins (27–29). Les consultations ne se font alors qu'en urgence et en présence de douleurs. Les soins, souvent multiples, requièrent une prise en charge plus fréquente sous anesthésie générale. Dans des cas extrêmes, le passage à l'endentement total engendre une réduction du self-estime du patient et de sa qualité de vie. D'autant plus que, le patient à réflexe nauséeux sera confronté à une intolérance et donc à un non port de sa prothèse, même si cette dernière est parfaitement adaptée.

1.5 Solutions thérapeutiques

Les solutions thérapeutiques possibles n'ont pas toutes la même finalité. En effet, une thérapie peut avoir pour but le simple fait d'éviter l'enclenchement du réflexe nauséeux comme elle peut avoir comme finalité la suppression totale d'un réflexe pathologique. De plus, la suppression de ce réflexe pourra être envisagée à court ou à long terme. A court terme le but sera de traiter les symptômes de la nausée alors qu'à long terme, c'est l'étiologie que l'on cherche à traiter.

Les thérapeutiques existantes peuvent être classés en 3 grandes catégories (23): les techniques psychologiques et comportementales, les techniques pharmacologiques et les techniques non pharmacologiques.

1.5.1 Techniques psychologiques et comportementales

Ces techniques ne sont pas spécifiques et limitées au réflexe nauséeux. Elles peuvent, en effet, être utilisées dans le cas de patients réfractaires aux soins pour d'autres raisons telles que la peur et l'anxiété. Elles appartiennent au domaine de la psycho-suggestion et de la modification comportementale. Le but est de relaxer au maximum le patient afin que les soins se passent dans les meilleures conditions. Un patient détendu et peu stressé aura moins tendance à déclencher un réflexe nauséeux au cours des soins. L'attitude du praticien et l'ambiance générale du cabinet dentaire entrent alors en jeu.

Pour les patients particulièrement réticents, le praticien doit privilégier une consultation en début de matinée avec le moins d'attente possible (30).

Il doit disposer d'une salle d'attente chaleureuse, lumineuse, avec une ambiance sonore douce, ou encore d'une assistante souriante. Afin que la séance se passe au mieux, le praticien doit instaurer une relation de confiance avec son patient. Il doit parler de manière calme, familière et intelligible à l'aide d'un discours adapté au niveau socio culturel de son patient, et expliquer le déroulement de la séance de manière concise, en évitant les détails superficiels. Le praticien peut utiliser la technique du TELL SHOW DO : expliquer l'acte, en montrer les effets sur une partie extra-orale du corps, le réaliser quand le patient semble rassuré. Le praticien doit adopter une attitude d'autorité et de compétence. Une étude, comparant le déclenchement du réflexe nauséeux au cours de la prise d'une radiographie par des radiologues et des étudiants montre que l'attitude du praticien aura un rôle dans l'induction du réflexe nauséeux. Ainsi un praticien calme, ferme et sûr de lui créera un climat de confiance moins réflexogène qu'un praticien ayant l'air peu sûr de lui induisant un sentiment d'insécurité (31).

Une fois cette sensation de confiance et de confort instaurée, le praticien pourra en cas de détresse toujours présente chez son patient, disposer de techniques psycho-comportementales plus spécifiques, telles que la respiration, la relaxation, la distraction, l'hypnose et la désensibilisation décrites dans le tableau ci-dessous.

Ces différentes techniques sont souvent utilisées concomitamment afin d'obtenir un effet synergique de leur potentiel. L'hypnose en est d'ailleurs une combinaison.

Technique de Respiration	Le processus de focalisation est recherché. Le patient a pour mission de se concentrer sur sa respiration afin d'occulter le reste des stimuli extérieurs.
Technique de relaxation	Une réduction du stress et de la peur par relaxation peut alors diminuer voire supprimer un réflexe nauséeux, notamment en utilisant des techniques comme celle de SCHULTZ. Appelée « Training Autogène de Schultz », cette méthode très codifiée mélange répétition de phrases suggestives à des contractions relaxations progressives de différents groupes musculaires (32,33).
Technique de distraction	Une diversion temporaire de l'esprit du patient anxieux et stressé peut permettre de réaliser un acte réflexogène sur un court laps de temps. Le but recherché est de détourner l'attention du patient sur une chose annexe afin qu'il en oublie les soins intra oraux qui lui sont prodigués.
Hypnose	Le patient est mis dans un état hypnotique, en utilisant diverses techniques psychologico-comportementales, comme : la suggestion, la distraction, la relaxation ou la respiration.
Technique de désensibilisation	Aussi appelée technique de reconditionnement, elle consiste à confronter le patient à des stimuli dans un cadre rassurant et relaxant. Le stimulus de départ sera de faible intensité, puis augmenté progressivement. Cette technique s'avère chronophage car elle doit être menée à priori de la réalisation des soins et sur une période de temps plutôt longue. C'est un apprentissage de nouvelles habitudes corrigées.

1.5.2 Techniques pharmacologiques

Du fait de leur caractère toxique, ces solutions ne sont utilisables qu'à court terme. Elles ne procurent donc qu'un seul traitement symptomatique. Plusieurs techniques pharmacologiques, décrites dans le tableau ci-dessous, peuvent être utilisées.

Anesthésie localisée sur les zones gâchettes	La mise en place d'anesthésique local sur les zones particulièrement sensibles permet à court terme de diminuer le réflexe nauséeux. L'anesthésique s'utilisera sous forme de gel, de spray, de pastille ou d'injection. Il est ainsi possible de réaliser soit une application de gel de xylocaïne à 5% qui sera moins risqué que l'application d'un spray dont la pulvérisation sera moins précise. (21) ; un bain de bouche à l'aide d'une préparation réalisée à partir d'une carpule d'anesthésique diluée dans un verre d'eau ; ou une injection aux environs du foramen grand palatin. Au vu des risques anatomiques de l'injection dans cette zone, cette technique ne s'emploie qu'en cas de réflexe nauséeux très sévère. Cependant, il n'existe pas de consensus concernant l'utilisation d'anesthésique en application locale (34) et cette anesthésie ajoute une phase opératoire potentiellement réflexogène et à risques.
Anti émétique	Ces molécules ont pour but d'empêcher le vomissement. Par extension, elles sont utilisées afin de contrer le réflexe nauséeux. (30,35). Les deux principales molécules prescrites en odontologie sont : la métopimazine (VOGALENE®) et la metoclopramide (PRIMPERAN®) (22,36–38).
Sédation consciente	**ORALE** : une prémédication sédative peut être réalisée. Les deux principales molécules prescrites en odontologie sont : le diazépam (VALIUM®) et l'hydroxyzine (ATARAX®).

	INTRAVEINEUSE : une administration par voie parentérale, des molécules telles que le midazolam, ou le diazepam permettent d'obtenir une sédation croissante au cours des soins. Les risques d'effets secondaires ne sont pas négligeables. **GAZEUSE** : Le MEOPA mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote permet une sédation consciente par inhalation de gaz en pré- et per -opératoire.
Anesthésie générale	Elle permet d'obtenir une sédation, mais aussi une analgésie, et une myorelaxation sur un patient inconscient. De par ses risques et son coût, elle ne doit être envisagée qu'en dernier recours car elle ne permettra la réalisation de soins dentaires qu'à court terme et non une prise en charge bucco-dentaire pérenne dans le temps.
Homéopathie	Les traitements homéopathiques anti-nauséeux possibles sont le sulfur et sepia pour les nausées de la femme enceinte, le cocculus pour le mal des transports, la digitalis pour les nausées d'origine olfactive et l'ipeca pour le réflexe nauséeux proprement dit. L'homéopathie peut aussi être utilisée afin de diminuer l'appréhension et l'anxiété grâce par exemple au gelsemium sempervirens, coffea cuda, lachesis mutus…

1.5.3 Techniques non pharmacologiques

Plusieurs techniques non pharmacologiques peuvent être utilisées dans la gestion du réflexe nauséeux telles que : l'acupuncture et ses dérivés (l'acupression et la stimulation "Red light soft magnetic field laser") et les sels de table sur bout de langue, comme décrit dans le tableau ci-après.

Acupuncture	Discipline de la médecine traditionnelle chinoise, elle est rapide, sûre, peu onéreuse et non invasive. Elle consiste en l'insertion de fines aiguilles en des points spécifiques du corps, localisés le long des « lignes de force » vitales. En fonction du point piqué et du mouvement appliqué à l'aiguille, s'ouvrent et se ferment des flux d'énergie (39,40). Les points impliqués dans la gestion du réflexe nauséeux se situent au niveau (41–43) du milieu du sillon labio-mentonnier point de REN-24 CHENGJIANG, du tragus point SI-19 TINGGONG, de la face ventrale du poignet point P-6 NEIKUAN (Figure 3)
Acupression	Dérivée de l'acupuncture, la réalisation d'une simple pression en ce même point, appelée technique d'acupression, est aussi utilisée contre le réflexe nauséeux en odontologie. Une étude menée en 2000 par LU, LU et REED démontre cependant la supériorité de l'efficacité de l'acupuncture face à l'acupression en ce qui concerne le réflex nauséeux (44).
Stimulation "Red light soft magnetic field laser"	Technique basée sur l'utilisation d'ondes électromagnétiques et de particules lumineuses. Il s'agit d'une alternative ou d'un complément à l'acupuncture. Pour le réflexe nauséeux, elle consiste à stimuler le point REN-24 CHENGJIANG labio-mentonnier à l'aide d'une émission laser de lumière rouge associée à une stimulation magnétique (45).
Sel de table sur bout de langue	Technique contestée, elle consiste à mettre en place du sel de table sur la pointe de la langue quelques secondes avant l'acte. La présence du sel diminuera le réflexe nauséeux en stimulant la VIIème paire de nerfs crâniens (46).

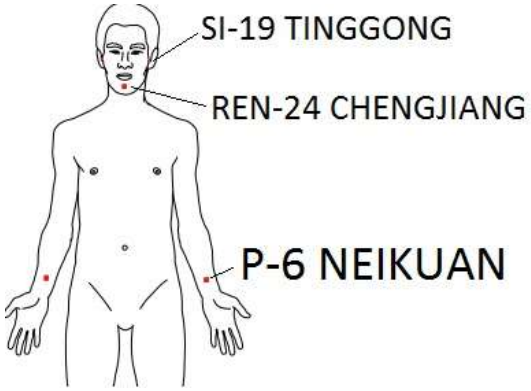


Figure 3 : Points d'acupuncture dédiés au réflexe nauséeux[3]

2 L'hypnose

L'état d'hypnose est un phénomène naturel du psychisme humain rencontré à plusieurs reprises dans la journée. Il peut être défini comme un état de conscience altérée, où la personne se retrouve « dans la lune ». Son attention est alors focalisée « ailleurs » et le sujet se détache des stimuli de son environnement direct. C'est une modification du contact entre le sujet et la réalité.

L'hypnose, est avec le temps, devenue une technique de communication utilisée dans de nombreux domaines pour ses vertus en ce qui concerne, entre autres, l'anxiété et donc le bien-être et le confort du patient. Malgré son utilisation erratique au cours de l'Histoire, elle semble, ces dernières années, faire l'objet d'un engouement grandissant dans les professions médicales.

2.1 Histoire et définitions

L'historique de l'hypnose médicale à lui seul peut faire l'objet d'une thèse complète. Nous nous contenterons ici d'en faire un résumé et d'en rappeler les grandes lignes (47).

Les premiers témoignages d'utilisation d'hypnose remontent à la civilisation égyptienne où, du temps du règne de Ramsès 2 (1279-1213 av JC), des stèles et

[3] https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/c/c7/Silhouette_humain_asexue_anterieur_posterieur.svg

des papyrus font état de processus hypnotiques. C'est ensuite dans la civilisation sumérienne, où sont décrites dans un manuscrit, des guérisons accomplies à l'aide de transes hypnotiques. Cette capacité à guérir par la suggestion est reprise par les Aztèques mais aussi en Chine à l'ère du bouddhisme et en Inde dans le courant du brahmanisme. Au XI^{ème} siècle, en France et en Angleterre apparaissent les notions de « rois guérisseurs » pratiquant par apposition des mains et discours hypnotique. Au XIII^{ème} siècle, la pratique est condamnée en tant qu'acte de sorcellerie, mais se perpétue dans les domaines de la magie et du surnaturel. Au XVI^{ème} siècle, Paracelse soulage à l'aide d'aimants.

Au XVIII^{ème} siècle, **Franz Anton Mesmer** médecin allemand (1734-1815) expose une théorie selon laquelle il existe un fluide magnétique invisible qui, s'il est dérèglé ou mal distribué au sein de l'organisme, est à l'origine de la maladie. Ce fluide étant capable de se déplacer non seulement à l'intérieur du corps du patient mais aussi entre le sujet et l'hypnotiseur est nommé magnétisme animal. *Mesmer* sera connu pour ses séances collectives de magnétisme durant lesquelles, étaient provoquées des crises convulsives thérapeutiques et se produisaient des guérisons spectaculaires.

Le Marquis de Puységur (1751-1825) élève de *Mesmer*, développe le concept de suggestion par la communication avec son sujet. Le plus important est pour lui la volonté de l'hypnotiseur qu'il exerce par contact verbal. La théorie du fluide est abandonnée et remplacée par la notion de sommeil artificiel ou somnambulisme provoqué.

L'Abbé Faria (1746-1819) rejette les théories émises par *Mesmer* et *Puységur* et rejoint l'idée que le sujet ne peut être forcé contre sa volonté. Pour lui le sommeil magnétique est sous la dépendance du patient lui-même. Il introduit la notion de « sommeil lucide ».

A la fin du XIX^{ème} siècle, le médecin écossais **James Braid** (1795-1860), remet le processus au goût du jour et anesthésie ses malades en utilisant l'hypnose. Dans son livre « Traité du Sommeil nerveux ou Hypnotisme » publié en 1943, il insiste sur le rôle prépondérant de la relation praticien-patient. Il réintroduit les concepts de suggestion et concentration de l'esprit et reconnaît que le sujet ne peut être forcé

contre sa volonté. Il dénomme la technique « Hypnose » du grec *hypnos,* « sommeil » (47).

Figure 4 : Hypnos dieu du sommeil[4]

Dans la mythologie grecque, Hypnos, dieu du sommeil, a la capacité d'endormir aussi bien les Hommes que les dieux. Fils de Nyx, il est le frère jumeau de Thanatos, dieu de la Mort, et père de Morphée, dieu des rêves (48).

Ce phénomène est ensuite étudié par, **Hippolyte Bernheim** (1827-1919) qui créé l'école de Nancy pour qui le sommeil hypnotique est d'origine psychologique. **Jean-Martin Charcot** (1825-1893), neurologue français, s'oppose à ce courant, en attribuant les effets obtenus à la physiologie et non à la psychologie. Par la suite, l'importance de l'inconscient est découverte par le médecin autrichien **Sigmund Freud** (1856-1939) en observant des sujets sous hypnose.

Puis au XX^{ème} siècle, **Milton H Erickson** (1901-1980) psychiatre américain, définit la pratique de l'hypnose contemporaine qui inspirera la « programmation neuro-linguistique » de John Grinder et Richard Bandler.

Plusieurs définitions de ce qu'est l'hypnose existent en fonction des différents auteurs. Pour synthétiser, nous pouvons dire qu'il existe deux principales conceptions de ce qu'est l'hypnose. Une conception étatiste où l'hypnose est un état modifié de conscience et la conception non étatiste dans laquelle l'hypnose est la manifestation d'une relation. L'hypnose peut donc être un état ou une relation singulière. Cependant, elle reste dans tous les cas une technique cognitivo-comportementale à la portée des professionnels de santé afin d'apporter aux patients une prise en charge.

[4] https://fr.wikipedia.org/wiki/Fichier:T%C3%AAte_d'_Hypnos.jpg

2.2 Concept étatistes et non étatiste

Dans le concept étatiste, l'état hypnotique peut être définie comme un état de conscience altérée, qui n'est ni un état de sommeil ni un état de coma mais un état de veille où le sujet est éveillé et conscient. Contrairement à l'état de veille ordinaire dénommé « conscience critique », cet état de conscience particulier est appelé «conscience hypnotique » (schéma 3). Selon **Léon Chertok** : il s'agit d'un « État de conscience modifiée à la faveur duquel le praticien peut provoquer des distorsions au niveau de la volition, de la mémoire et de certaines perceptions sensorielles » **et pour François Roustang** d'un « État de veille paradoxale, de conscience élargie, de perceptude ».

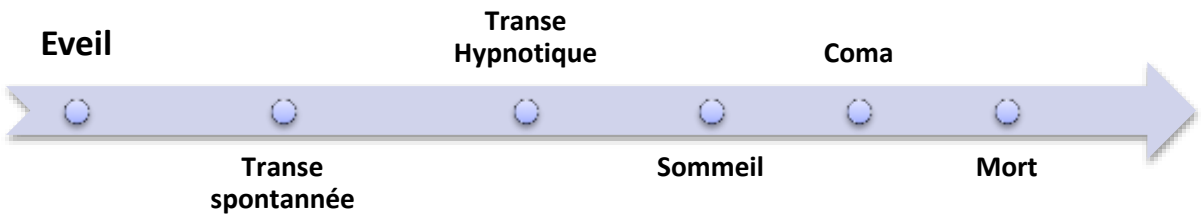


Schéma *3* : Niveaux de conscience

L'état hypnotique est caractérisé par :

- une focalisation de l'attention
- une dissociation de l'attention du sujet
- une réduction de la vigilance prêtée à l'environnement
- une modification du contact avec la réalité
- une diminution des pensées spontanées.

Dans le concept non étatiste, l'hypnose est défini comme une « technique propre à induire un état de sommeil partiel, différent du sommeil habituel. ». L'hypnose est alors une interaction dans laquelle une personne (ici le praticien ou l'assistante) adresse des suggestions à une personne appelée sujet. Ces suggestions faites à base d'un discours approprié sur des intonations de voix particulières induisent chez le sujet, un changement dans le mode de fonctionnement du cerveau au niveau des perceptions, de la mémoire ou de l'action volontaire. Dans ces conditions, le sujet

devenu susceptible aux suggestions de l'hypnotiseur, expérimente une relation modifiée à son environnement et à son corps. **Selon Milton Erickson**, il s'agit d'une « relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne »

En résumé, l'hypnose est une technique basée sur l'aptitude naturelle du cerveau à passer vers un mode de fonctionnement particulier et inné, où il peut s'illusionner, s'imaginer ailleurs et percevoir des sensations autres que celles perçues par le corps dans la réalité du moment. L'aptitude à utiliser cette capacité d'abstraction de la réalité extérieure, varie d'un individu à l'autre.

L'hypnose est donc :

→ un outil
→ un état modifié de conscience
→ une veille paradoxale
→ une relation de confiance et d'échange
→ une technique d'accès aux ressources internes du patient

Il existe plusieurs formes d'hypnose qui seront toutes bâties sur les mêmes préceptes de communication.

- Traditionnelle ou classique : caractérisée par une approche directe, intrusive, autoritaire. Elle s'effectue à l'aide de suggestions directes avec un hypnotiseur parfois décrit comme dominant.
- Ericksonienne : caractérisée par une approche indirecte, permissive.
- Elmanienne : caractérisée par une induction rapide avec transe profonde.

En milieu médical, l'hypnose est principalement basée sur le discours et la communication. C'est une hypnose conversationnelle, lente et permissive basée sur des suggestions indirectes. Cette forme d'hypnose est appelée hypnose Ericksonienne. Le patient en est le centre et est acteur de sa guérison. L'hypnothérapeute l'accompagne pour qu'il accède à ses ressources internes.

2.3 Indications/contre-indications

Sachant qu'il est impossible d'hypnotiser un sujet contre sa volonté, la motivation personnelle du patient est indispensable au soin. Cette propension naturelle du cerveau humain d'abstraction et de projection fait que, s'ils le veulent vraiment, 95 % des patients sont hypnotisables.

L'hypnose médicale est à employer en respectant des règles d'éthique et de déontologie médicale. Le thérapeute s'engage alors à l'utiliser dans les limites de sa spécialité et de sa pratique quotidienne. C'est à dire pour des traitements relevant de ses compétences et de son expérience, en respectant la dignité, les droits, les points de vue et l'autonomie de ses patients.

2.3.1 Indications

Les bienfaits de l'hypnose sont tels qu'il existe pléthore d'indications à son utilisation :

- d'un point de vue personnel pour retrouver confiance en soit, changer un comportement, traverser une crise de milieu de vie, préparer un examen, développer sa mémoire…
- d'un point de vue médical pour combattre une addiction (sevrage tabagique, sevrage alcoolique), se libérer du stress, se libérer de ses peurs (phobies, névroses, troubles obsessionnels compulsifs), décoder et soigner les maux du corps (migraine, céphalée, insomnie, trouble alimentaire, troubles dysfonctionnels sexuels), préparer un accouchement…
- sous forme d'autohypnose pour prendre soin de soi au quotidien.

L'hypnose est donc employée dans de nombreux domaines comme le développement personnel, le renforcement intellectuel, l'aide face aux addictions, le traitement de troubles psychologiques, le traitement de l'anxiété et le traitement de la douleur.

Dans le domaine de l'odontologie, une revue systématique de la littérature a permis de mettre en évidence les effets objectifs de l'hypnose médicale au cours des soins. Quand elle est comparée à l'absence de traitement, l'hypnose médicale montre des effets positifs sur l'organisme. Ces effets portent non seulement sur la douleur, l'anxiété mais aussi sur d'autres paramètres physiologiques (fréquence cardiaque,

pression artérielle). Outre ces modifications cliniques, elle engendre aussi des altérations des perceptions (49–54). Les différentes indications de l'hypnose médicale sont directement corrélées aux effets physiques qu'elle provoque.

2.3.1.1 Gestion du stress

L'anxiété, le stress mais aussi les phobies ont un effet de potentialisation les uns sur les autres créant un cercle vicieux à l'origine parfois de l'abandon total des soins. Du fait de la stimulation du système nerveux parasympathique autonome, l'hypnose provoque une diminution du stress. Elle favorise la relaxation, augmente le confort physique et psychologique et lutte par conséquent contre le cercle vicieux de l'anxiété. Cette faculté permet une diminution de la prémédication anxiolytique. De plus, pendant la transe hypnotique, le patient subit une altération de perceptions. En effet, il est soumis à une distorsion temporelle qui n'est autre qu'une modification de la perception du temps écoulé. La séance lui paraît plus courte et donc moins stressante.

Exemple d'application : peur du dentiste en général, peur de l'anesthésie, anxiété quant à une possible douleur...

2.3.1.2 Gestion de la douleur

L'hypnose médicale offre une solution alternative à la gestion de la douleur qu'elle soit aigüe ou chronique. Utilisée majoritairement en cancérologie, elle est dans ce cas à plus forte raison utilisée sous forme d'autohypnose. Elle devient alors un outil à part entière de l'éducation thérapeutique du patient. En odontologie cependant, son utilisation est principalement indiquée pour des douleurs de types aigues. Elle est alors induite par le praticien afin d'obtenir une hypnosédation. Elle peut se substituer à une anesthésie chimique et faciliter l'induction de l'anesthésie habituelle.

Exemples d'applications : anesthésie, gestes invasifs type extractions …

En ce qui concerne certaines douleurs plus chroniques, l'adjonction d'une prise en charge par autohypnose est conseillée.

Exemples d'applications: Algies faciales, glossodynie, ADAM

2.3.1.3 Autres indications

L'hypnose médicale provoque une stabilisation voire une diminution du rythme cardiaque et de la pression artérielle, une diminution du débit salivaire, une diminution du saignement. Ces modifications de paramètres physiologiques font qu'elle est utilisée entre autres pour la réalisation de l'hémostase. Elle est de plus utilisée au cours de traitement de dysfonctions diverses.

Exemples d'applications : prise en charge d'habitudes orales inappropriées, réflexe nauséeux, burn-out du praticien.

2.3.2 Contre-indications

Il n'existe pas de contre-indications absolues à l'hypnose médicale. Tout patient peut bénéficier d'une séance sous hypnose. Toutefois peuvent exister des impossibilités « techniques » relatives au profil du patient. Ainsi, elle est :

- difficile à mettre en œuvre chez les personnes présentant une barrière à la compréhension (ex : barrière de la langue) ou encore chez les enfants de moins de 3 ans. Pour l'enfant, une hypnose conversationnelle traditionnelle ne sera pas adaptée. Le praticien peut alors essayer de passer par l'utilisation des différents canaux sensoriels à l'aide du VAKOG.
- déconseillée chez les patients non consentants.
- contre-indiquée chez les patients à pathologies psychiatriques, le risque majeur étant d'accentuer l'état dissociatif de la personne. De plus, un délire en phase aigüe entrave tout travail à partir des ressources internes du patient.

2.4 Déroulement de la séance sous hypnose

Au cours d'une séance d'hypnose médicale, le discours délivré passe par une communication non seulement verbale (7%) mais aussi vocale (38%) et visuelle (55%) selon Mehrabian (55,56). C'est pourquoi, d'un point de vue non verbal, le praticien appui son discours à l'aide de ponctuations, de silences, de gestuelles ou encore d'intonations. Il accompagne le patient d'un état d'éveil à un état de transe hypnotique. Cette transition n'est amorcée que si certaines conditions sont réunies.

2.4.1 Les conditions nécessaires

Le praticien cherche à passer par une **phase de fixation d'attention** où il est demandé au sujet de se concentrer, que ce soit sur un point (dans la pièce, sur son corps, sur un objet…), une action (respiration), un souvenir.

Une fois l'attention fixée, la transe est initiée par une **induction**, puis le praticien continue l'accompagnement à l'aide d'un discours hypnotique rythmé et approprié, d'un placement de la voix particulier le tout en accord avec le **signaling** renvoyé par le sujet.

Ce signaling est fait des signaux corporels tels que la fréquence de respiration, le battement des paupières, la déglutition, la relaxation musculaire … Grâce à la **suggestion**, le sujet devient alors apte à se **dissocier** ou à réaliser une catalepsie.

Le discours de l'hypnose médicale passe par l'utilisation de plusieurs outils tels que les formules de styles, le placement de la voix, la rythmique du discours... et peut-être séquencé de la manière suivante :

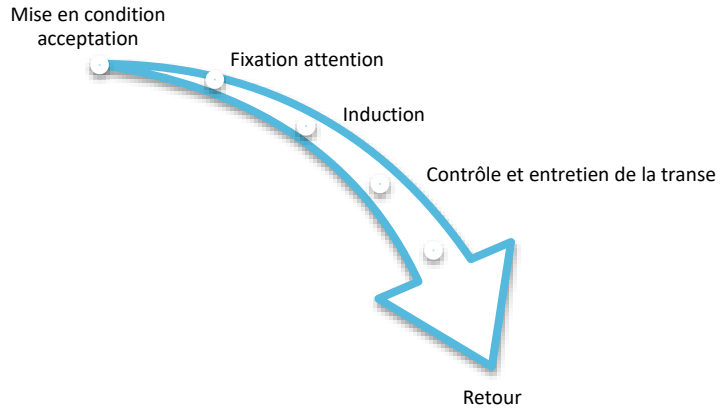


Schéma 4 : Déroulement d'une séance d'hypnose médicale.

Mise en condition et acceptation

Cette étape démarre dès l'accueil du patient. Il s'agit, comme son nom l'indique, d'une étape dont le but est de mettre en condition le patient, de le mettre dans de bonnes dispositions pour qu'il accepte la séance d'hypnose médicale à venir et qu'il s'installe pour la séance le plus confortablement possible. Le thérapeute y prend le temps d'accueillir le patient, d'écouter ses doléances, de recueillir son consentement,

de mettre en place un contexte sécurisé et réconfortant, le tout afin d'initier la relation hypnotique dans de bonnes conditions. Plusieurs techniques sont utilisées :

- Le Yes-set : il s'agit ici d'obtenir une séquence de trois réponses par la positive à des questions posées au sujet afin de déclencher chez lui un processus d'acceptation. Ce Yes-set est souvent acquis par le biais de truismes ; redites de vérité vraie*. Exemple « c'est agréable de se sentir bien. »*

- Le choix illusoire : cette technique est souvent adoptée auprès des enfants. En leur laissant faire un choix, ils s'impliquent dans le processus et deviennent acteur de leur décision. Les deux choix à disposition finissant tous deux par le même résultat. *Exemple « tu veux monter tout seul sur le fauteuil ou tu veux que je t'aide ?» quelle que soit sa décision, l'enfant finira dans tous les cas par monter sur le fauteuil.*

- La prophétie réalisatrice : le praticien prévient le patient de ce qui va se passer à l' avance. Le cerveau de ce dernier est alors préparé et donc plus réceptif à la création de cette prophétie. C'est une mise en condition.

- La synchronisation : tout comme le sujet passe de l'état de conscience éveillé à un état de fixation d'attention, le praticien, lui aussi, passe par une transition dans son mode d'accompagnement du patient. C'est un contrôle de la part du thérapeute qui évolue en 3 phases.

- Le miroring : c'est une imitation du positionnement et de la gestuelle du patient. En se comportant comme un miroir, le praticien se calque au patient.

- Le passing : période de transition durant laquelle il y a passage du miroring au leading.

- Le leading : l'hypnothérapeute prend la direction de l'échange. Sans s'en rendre compte, le patient va progressivement calquer sa gestuelle à celle du praticien.

Fixation d'attention

Elle s'effectue par le biais d'une *focalisation*. Il s'agit de concentrer le sujet sur un canal sensoriel précis, que ce soit regarder un point physique dans la pièce ou une partie de son corps, ressentir sa respiration, écouter un son ou encore se souvenir d'une chose particulière. Cette étape de fixation est indispensable pour démarrer l'étape suivante d'induction.

Induction

Lors de cette étape, le patient passe d'un état d'éveil focalisé à un état de transe hypnotique.

Une fois l'attention du sujet fixée, se concentrant sur son monde intérieur, il peut s'abstraire et s'éloigner des stimuli extérieurs à l'aide des suggestions de l'hypnothérapeute. C'est à ce moment qu'a lieu la transition d'état de conscience.

Contrôle et entretien

Durant cette phase, le praticien guide le patient dans son état de transe hypnotique. Par le jeu de suggestions, il va pouvoir approfondir cet état et garder le sujet dans sa veille paradoxale. Cet accompagnement est directement indexé sur la réaction du patient. Plusieurs concepts sont importants :

- Le signaling : signaux corporels émis par le patient en retour des suggestions de l'hypnotiseur. Ils peuvent être de deux types. D'une part, le signaling spontané, basé sur les réponses naturelles émises par le corps humain. *Exemples : fréquence respiratoire, cardiaque, battement des paupières, déglutition* Et d'autre part, le signaling convenu, basé sur une réponse préalablement décidée entre le praticien et le patient. *Exemples : serrer le poing, lever le doigt, bouger une partie du corps ....*

- La ratification : c'est une réponse au signaling. L'hypnotiseur repère les retours émis par le patient et y répond afin d'encourager sa participation. *Exemples : c'est bien, très bien, parfait, continuez, comme ça …*

Durant l'entretien, si le patient montre un niveau de réactivité suffisant, le praticien peut alors accroître le degré de la transe hypnotique à l'aide :

- L'approfondissement : le praticien cherche ici à engendrer une exploration encore plus développée des ressources internes du patient. *Exemples : de plus en plus…, encore plus…., toujours plus….*

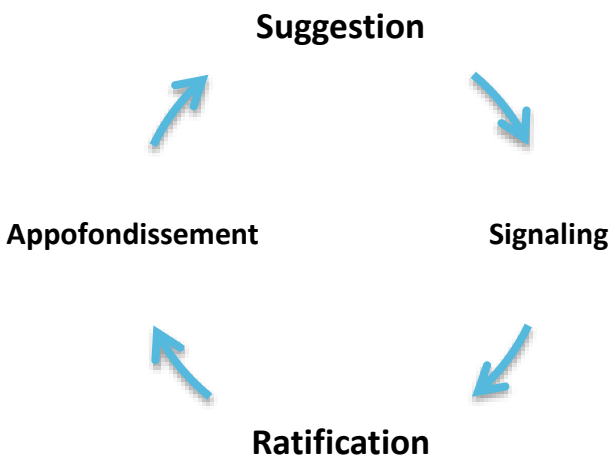


Schéma 5 : Cercle de contrôle, entretien et approfondissement de la transe hypnotique

A un certain degré de transe, il est possible de réaliser chez le patient:

- Une dissociation : elle correspond à la situation où le sujet est capable de devenir spectateur de lui-même. C'est une sorte de dédoublement. Le patient sépare son esprit de son « enveloppe charnelle » et peut alors même désolidariser des parties de son corps. Ce principe de dissociation permet d'obtenir l'hypnoanalgésie ou la catalepsie d'une zone définie. L'hypnothérapeute peut obtenir une dissociation chez son patient grâce à des suggestions, des métaphores ou encore du VAKOG vu précédemment.

- Une catalepsie : définie dans le Larousse comme « un état physique transitoire caractérisé par une rigidité… »,(57) c'est donc une paralysie temporaire, la plupart du temps localisée à une partie du corps mais pouvant s'étendre à l'intégralité de ce dernier.

Retour

C'est le raccompagnement du patient à l'instant présent. Plus la transe a été profonde et plus la dissociation a été importante, plus le praticien devra prendre son temps pour faire revenir et réassocier le patient. *Exemple : « Et quand vous serez prêt, vous pourrez revenir ici et maintenant… »*

2.4.2 Le discours hypnotique

Le discours hypnotique à ses propres spécificités. Sa narration se fait toujours en présupposés. Il est basé sur la suggestion et contient de nombreuses figures de styles, une absence de négation et est généralement construit sur des idées positives.

- **Utilisation de figures de styles**

Au cours de la transe, les suggestions hypnotiques permettent d'évoquer au patient l'existence de sensations comme la température (chaleur/fraîcheur), la densité (lourdeur/légèreté), la sensibilité (anesthésie d'une partie du corps). Pour ce faire, le praticien a à sa disposition des outils de communication tels que :

-La Métonymie : est une figure de style qui remplace un concept par un autre avec lequel il est en rapport par un lien logique sous-entendu.

- La Métaphore : c'est un point clé du discours hypnotique qui est constitué d'un langage poétique, d'images et de symboles. La métaphore sollicite l'inconscient du patient à l'aide d'images, d'analogies, de symboles…

- Le VAKOG : c'est l'évocation des différents canaux sensoriels sur lesquels peut se focaliser le patient. Son utilisation permet de dissocier le sujet. Cet acronyme correspond donc aux cinq sens **: V**isuel, **A**uditif, **K**inesthésique**, O**lfactif**, G**ustatif*. Exemple : « Et vos yeux vont peut-être pouvoir voir … et vos mains pourront toucher… pendant que vos oreilles entendront…. »*

- **Absence de négation**

Le discours hypnotique s'adresse à l'inconscient du patient. Or ce dernier a tendance à ne pas intégrer la négation. Par conséquent, au cours d'une séance ou le praticien suggère à son patient de « ne pas avoir peur », la patent retient les termes principaux **avoir** et **peur**. L'utilisation de la négation conduit à l'obtention de l'opposé de l'effet recherché et s'avère alors contreproductive.

- **Recherche de positivité dans les idées transmises**

L'utilisation de suggestions est un point clé du discours hypnotique car tout n'est que présupposé.

Elles portent souvent sur des idées de souvenir agréable, de lieu de sécurité aussi appelé « safe place », de sensations agréables et de bien-être en général.

2.4.3 Exemple de discours hypnotique

Nous allons commencer la séance et vous allez pouvoir vous installer le plus confortablement possible sur le fauteuil. Voilà … Et vous allez pouvoir sentir le dos appuyé sur ce fauteuil… et …les mains posées contre les cuisses. Très bien.

Et petit à petit, si vous le voulez… vous allez pouvoir vous concentrer sur votre respiration… Très bien … voilà. Et si vous le souhaitez, vous allez pouvoir fermer les yeux … très bien.

Toujours en vous concentrant sur votre respiration. … vous allez sentir le corps… qui se détend. Et vous allez pouvoir relâcher les muscles, les uns après les autres. Voilà … si vous le souhaitez, vous allez pouvoir poser vos mains sur votre ventre. Très bien … et sentir vos inspirations … et vos expirations… Et plus vous allez respirer lentement… plus vous vous sentirez détendu…. Très bien.

Et maintenant, si vous le souhaitez, vous allez pouvoir imaginer un ballon…. Un ballon de baudruche… ou un ballon d'énergie… Posé sur votre ventre... Ce ballon vous pouvez lui donner la forme que vous voulez … Et ce ballon sera peut-être bleu …. ou rouge …. ou peut-être jaune, … très bien. Et petit à petit … à chaque inspiration… ce ballon va se gonfler… et se gonfler. Au rythme de votre respiration… et peut-être qu'en gonflant ce ballon… vous pouvez sentir l'air entrer dans vos poumons… et de la même façon que l'air qui entre dans vos poumons.. cet air rentre dans la ballon…qui va être… de plus en plus léger…. et qui pourra même … finir par s'envoler.

Et au fur et à mesure que vous verrez ce ballon s'envoler … s'éloigner.. il vous sera possible de vous recentrer sur vous et de revenir … doucement … à votre rythme … ici et maintenant. Très bien.

3 Evaluation des pratiques professionnelles

3.1 Introduction

Un sondage a été envoyé à des chirurgiens-dentistes afin d'étudier leur prise en charge du réflexe nauséeux. Les questions portaient sur leur choix de prise en charge et leur possible changement de procédure après formation à l'hypnose médicale, ainsi que sur la mise en place de leur protocole.

Ainsi, nous souhaitions connaître la place de l'hypnose médicale dans la prise en charge du réflexe nauséeux lors de soins dentaires chez les praticiens déjà formés. Ainsi, nous voulions préciser : ses domaines d'utilisation, ses alternatives, son efficacité et ses modalités d'utilisation.

Notre hypothèse de départ était que l'hypnose médicale pouvait être efficace dans la prise en charge de patients à réflexe nauséeux exagéré et qu'elle engendrait donc un changement du mode de prise en charge par les praticiens ayant reçu une formation.

3.2 Matériel et méthodes

Un questionnaire a été réalisé à l'aide de GoogleFoms®. Il comprenait 12 items. : 4 questions à réponse unique ; 3 questions à choix multiples ; 3 questions à réponse courte ; 1 question à réponse libre et enfin un commentaire libre.

La première partie du questionnaire visait à caractériser le praticien et la deuxième à caractériser son mode de prise en charge du réflexe nauséeux.

Le questionnaire a été diffusé par e-mail via le carnet d'adresses de la formation Hypnoteeth®. La réponse au questionnaire a été basée sur le volontariat. Le questionnaire a été diffusé au 15 avril 2016. Une fois les réponses recueillies (environ 1 mois), les résultats ont été analysés à l'aide des logiciels Excel et de l'extension Xlstat.

Le test du Khi² a été utilisé afin de déterminer les indépendances entre le sexe et le changement de prise en charge du réflexe nauséeux par l'hypnose médicale. Pour toutes les analyses statistiques, un risque $\alpha < 0.05$ et des intervalles de confiance à 95% ($IC_{95\%}$) ont été choisis pour considérer les résultats comme statistiquement significatifs.

3.3 Résultats

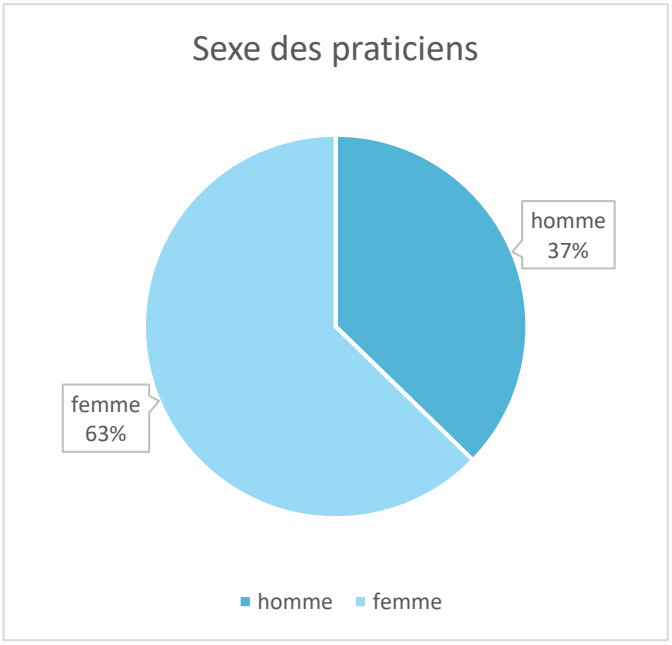
Un total de 120 réponses a été obtenu en retour du questionnaire. Cependant, certains questionnaires n'étaient pas complets. Seules, les réponses exploitables ont été analysées. Une homogénéisation des réponses a parfois été nécessaire concernant les unités utilisées.

3.3.1 Démographie :

La première partie du questionnaire permettait d'étudier la population constituant le panel. Des données ont été extraites tels que le sexe, l'année d'obtention du diplôme en chirurgie dentaire, ou encore l'année de formation à l'hypnose médicale.

3.3.1.1 Sexe

La population ayant répondu au questionnaire était principalement constituée de femmes. Sur 118 réponses ont été dénombrés, 37.3% d'hommes (44 réponses) pour 62.7% de femmes (74 réponses).

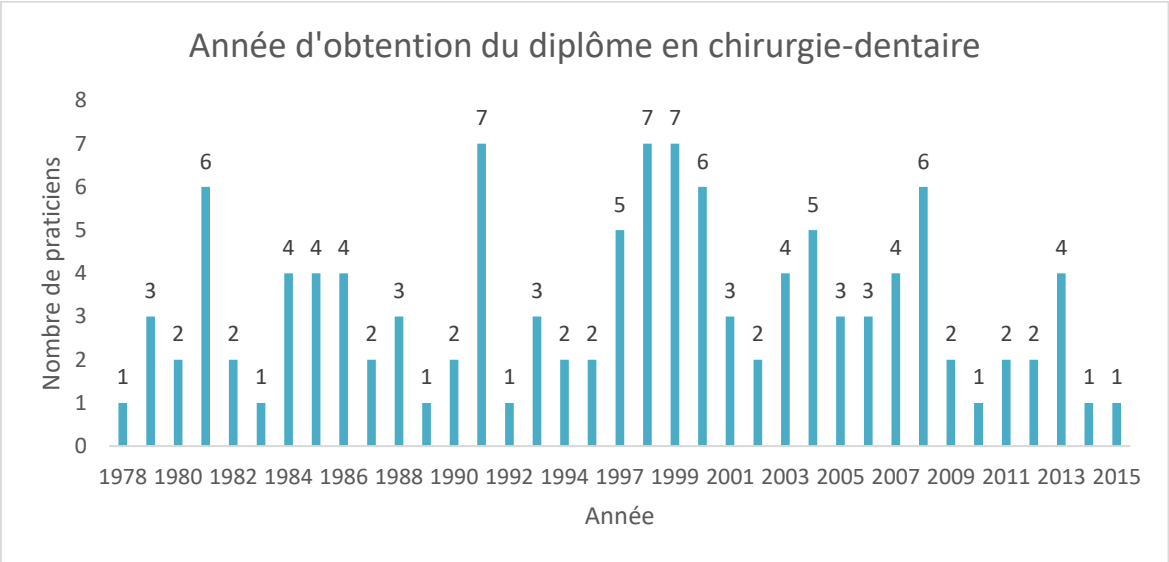


Graphique 1 : Répartition de la population selon le sexe

3.3.1.2 Formations

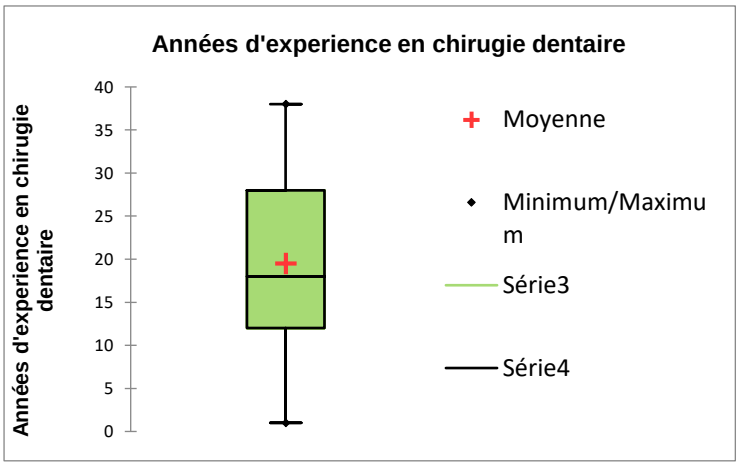
- En chirurgie dentaire

Sur la population étudiée, l'obtention du diplôme de chirurgie dentaire allait de l'année 1978 à l'année 2015.



Graphique 2 : Répartition de la population en fonction de l'année d'obtention du diplôme en chirurgie-dentaire.

Le graphique ci-contre montre l'étendue des réponses recueillies. Les résultats obtenus permettaient d'avoir un panel de chirurgiens-dentistes ayant de 1 à 38 ans d'expérience, avec une moyenne de 19.5 années d'ancienneté en tant que chirurgien-dentiste.



Graphique 3 : Représentation descriptive de la population en fonction du nombre d'années d'experience en chirurgie-dentaire.

Dans la population comprenant 44 hommes et 74 femmes, une analyse de l'expérience en chirurgie dentaire a également été réalisée en fonction du sexe des praticiens.

	Moyenne d'expérience en chirurgie-dentaire (en années)	Ecart-type	Minimum (en année)	Maximum (en année)
Hommes (44)	22,4	± 10	4	37
Femmes (74)	17,7	± 9,7	1	38

Tableau 1 : Expérience en chirurgie-dentaire en fonction du sexe.

Afin d'effectuer différents tests statistiques, une catégorisation arbitraire du panel a été effectué. Ainsi, la population a été divisée en 4 groupes en fonction de l'année d'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste :

- Junior : comprenant les chirurgiens-dentistes ayant de 0 à 5 années d'expérience.
- Qualifié : comprenant les chirurgiens-dentistes ayant de 5 à 10 années d'expérience.
- Expérimenté : comprenant les chirurgiens-dentistes ayant de 10 à 20 années d'expérience.
- Expert : comprenant les chirurgiens-dentistes ayant plus de 20 années d'expérience.

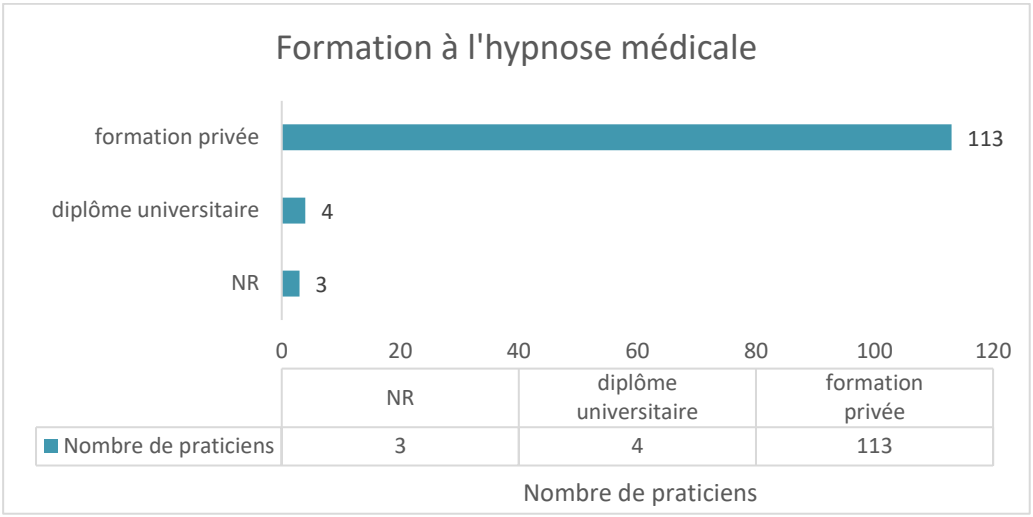
Catégorie en année	**Nombre de praticiens**	**%**
0 - 5 : Junior	8	7%
05 - 10 : Qualifié	15	38%
10 - 20 : Expérimenté	45	42%
20 et plus : Expert	50	13%
Total général	**118**	**100%**

Tableau 2: Catégorisation de la population en fonction de l'expérience en chirurgie dentaire.

55% des praticiens ayant répondu au questionnaire avaient plus de dix ans d'expérience en tant que chirurgien-dentiste.

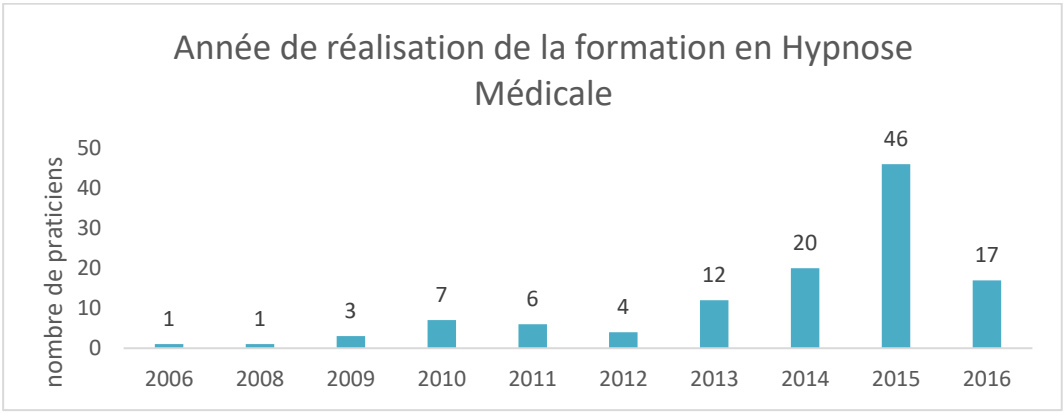
- En hypnose médicale

En ce qui concerne la formation à l'hypnose médicale, 113 personnes soit 96.6 % du panel déclaraient avoir suivi une formation privée à l'hypnose médicale. Sur 120 personnes, 3 n'avaient pas renseigné les formations suivies, et 3.3% soit 4 personnes avaient obtenu un diplôme universitaire.



Graphique 4 : Formation à l'hypnose médicale.

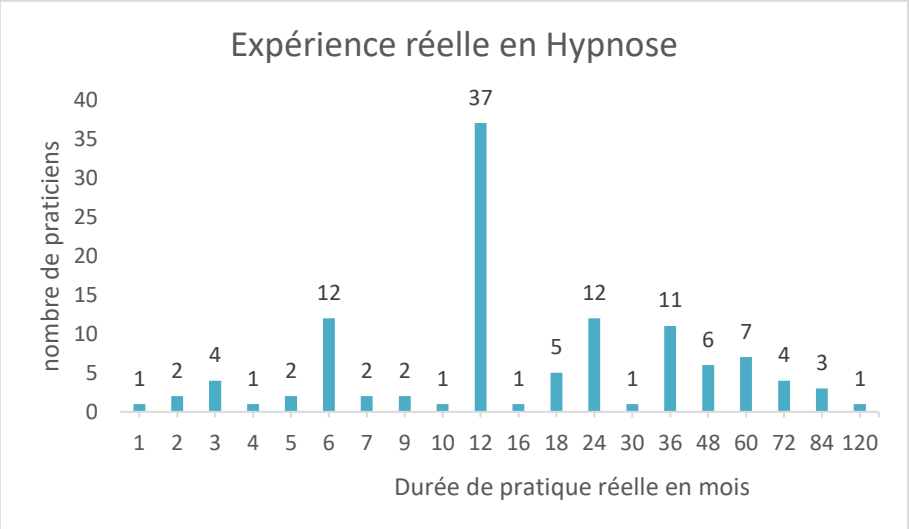
Sur la population étudiée, les chirurgiens-dentistes ont été formés à l'hypnose médicale entre 2006 et 2016.



Graphique 5 : Répartition de la population en fonction de l'année de réalisation de la formation en hypnose médicale

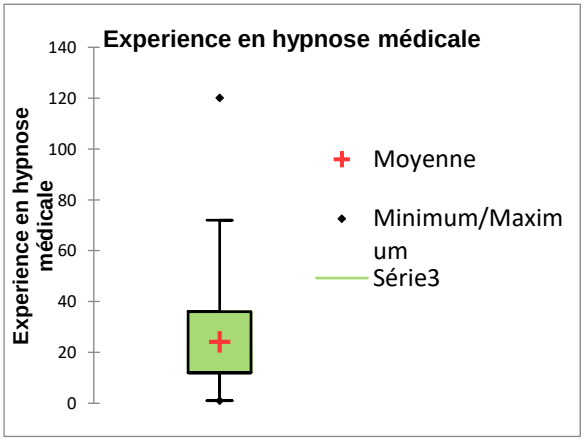
La formation s'effectuant en plusieurs modules et ayant lieu à des moments distincts, il est possible de ne pas mettre directement en application les enseignements acquis.

Ainsi, il a été demandé aux sondés de renseigner la période exacte à laquelle ils avaient commencé à appliquer les outils appris au cours de leur formation et donc depuis combien de temps ils pratiquaient véritablement l'hypnose au sein de leur cabinet dentaire.



Graphique 6 : Répartition de la population en fonction de l'expérience réelle en hypnose médicale.

Le graphique ci-contre montre l'étendue des réponses recueillies. Ainsi sur une période de 10 ans, les résultats obtenus permettaient d'avoir un panel de chirurgiens-dentistes ayant de 1 à 120 mois d'expérience, avec une moyenne de 24 mois, soit 2 ans, de pratique d'hypnose médicale.



Graphique 7 : Représentation descriptive de la population en fonction du nombre d' années d'experience en hypnose médicale.

Dans la population comprenant 44 hommes et 74 femmes, une analyse a été réalisée en fonction du sexe des praticiens.

	Moyenne d'expérience en hypnose médicale (en mois)	Ecart-type	Minimum (en mois)	Maximum (en mois)
Hommes (44)	27	± 22	3	84
Femmes (74)	23	± 23	1	120

Tableau 3 : Expérience en hypnose médicale en fonction du sexe.

Afin d'effectuer différentes analyses, une catégorisation arbitraire de panel a été effectuée. Ainsi, la population a été divisée en 3 groupes en fonction de leur expérience en pratique de l'hypnose médicale :

- Junior : comprenant les chirurgiens-dentistes ayant de 0 à 1 an d'expérience.
- Qualifié : comprenant les chirurgiens-dentistes ayant de 1 à 3 ans d'expérience.
- Expérimenté : comprenant les chirurgiens-dentistes ayant plus de 3 ans d'expérience.

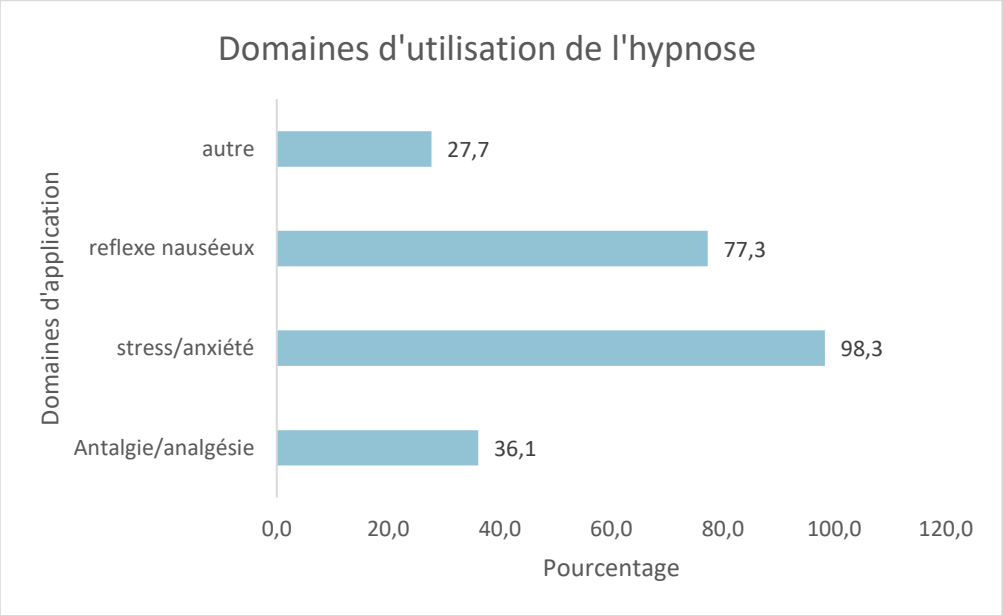
Catégorie en année	**Nombre de praticiens**	**%**
0 - 1 : Junior	31	26%
01 - 03 : Qualifié	56	47%
03 et plus : Expérimenté	32	27%
Total général	**119**	**100%**

Tableau 4 : Catégorisation de la population en fonction de la pratique de l'hypnose médicale.

3.3.2 Utilisation de l'hypnose

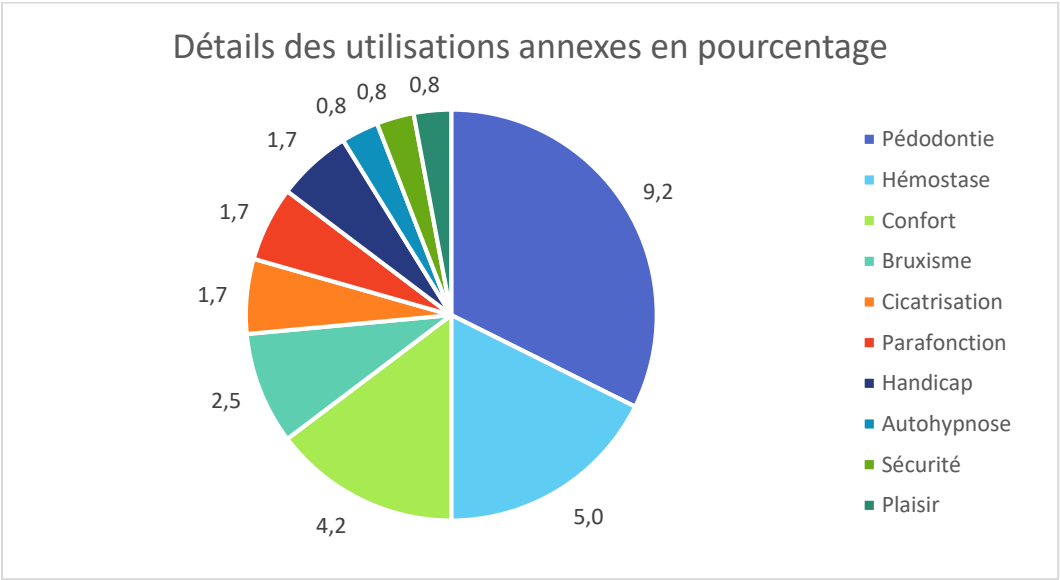
Concernant l'utilisation de l'hypnose médicale en cabinet dentaire, sur un total de 119 réponses, les praticiens utilisaient cette technique principalement pour :

-diminuer le stress et l'anxiété à 98.3% soit 117 réponses.
-prendre en charge le réflexe nauséeux à 77.3% soit 92 réponses
-provoquer des antalgies/analgésies à 36.1% soit 43 réponses



Graphique 8 : Domaines d'utilisation de l'hypnose médicale en cabinet dentaire.

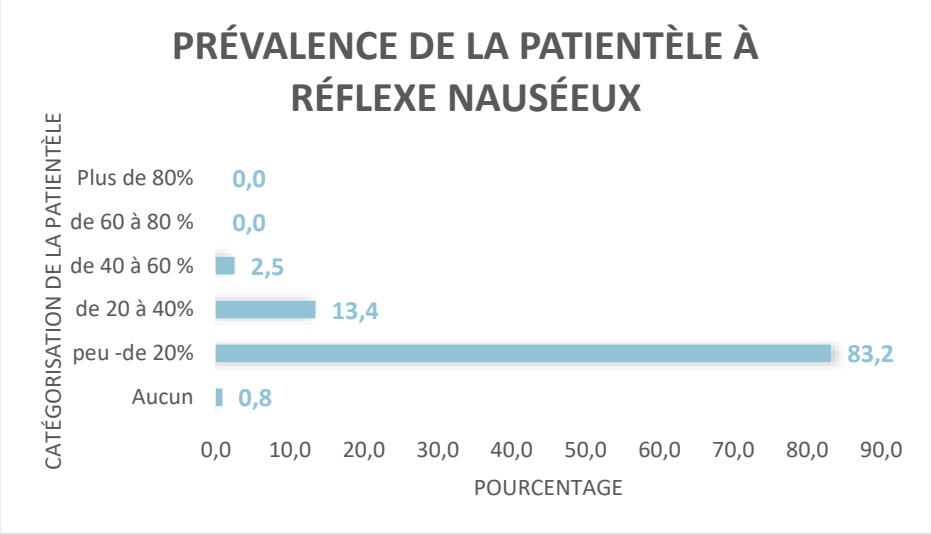
Dans la catégorie « Autre », 27.7% ont ajouté divers domaines d'application de l'hypnose médicale : la pédodontie majoritairement (11 réponses) l'hémostase (6 réponses), le confort (5 réponses), le bruxisme (3 réponses), la cicatrisation (2 réponses), les parafonctions (2 réponses), le handicap (2 réponses), la sécurité (1 réponse). Mais ces réponses font aussi référence à une utilisation plus centrée sur le praticien où l'hypnose est utilisée pour le plaisir ou en autohypnose (1 réponse chaque).



Graphique 9 : Autres domaines d'utilisation de l'hypnose médicale en cabinet dentaire.

3.3.3 Prise en charge du réflexe nauséeux

Sur un panel de 119 réponses, 83.2 % (99 réponses) des praticiens estimaient que leur patientèle à réflexe nauséeux représentait moins de 20% de la population. 13.4% (16 réponses) estimaient qu'elle représentait de 20 à 40 % de la population. 2.5% (3 réponses) en rencontraient 40 à 60% dans leur pratique et 0.8 % (1 réponse) n'avaient pas de patientèle à réflexe nauséeux.



Graphique 10 : Prévalence de la patientèle à réflexe nauséeux.

Comme vu dans le chapitre « solutions thérapeutiques disponibles » (chapitre 1.6), différents outils sont à la disposition du chirurgien-dentiste pour prendre en charge cette patientèle. Afin de savoir si, parmi toutes ces techniques, l'hypnose médicale était une solution viable pour traiter des patients hypersensibles, plusieurs points ont été abordés au cours de cette recherche.

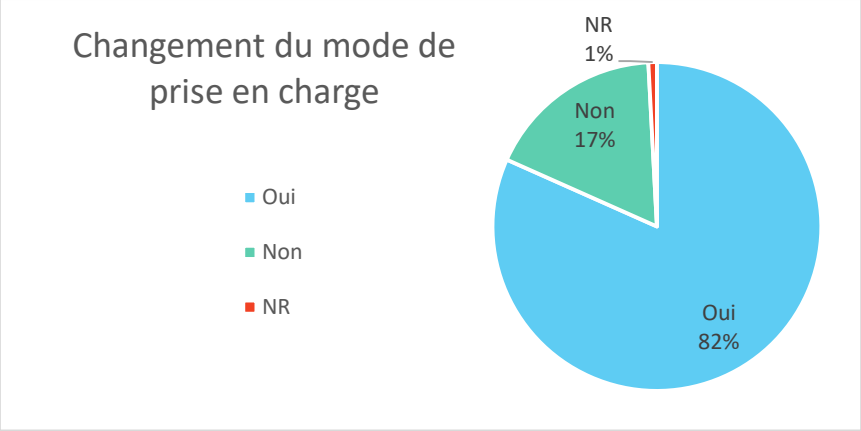
D'une part, suite à leur formation, nous avons cherché à savoir si les praticiens avaient changé le mode de prise en charge de leurs patients à réflexe nauséeux hypersensible par la technique de l'hypnose médicale ou s'ils avaient continué à employer des techniques autres telle que la pharmacopée.

D'autre part, pour les praticiens utilisant l'hypnose médicale, nous avons cherché à savoir qu'elle en a été leur ressenti quant à l'efficacité de cette technique.

De plus, les résultats ont été analysés afin de savoir s'il existe des corrélations entre plusieurs facteurs. Ainsi, nous avons cherché à savoir si le sexe, l'expérience en chirurgie dentaire et l'expérience en hypnose médicale pouvaient avoir une influence sur, d'une part, le changement de prise en charge du réflexe nauséeux et d'autre part, sur l'efficacité subjective observée par le panel lors de l'utilisation de l'hypnose médicale sur des patients à réflexe nauséeux.

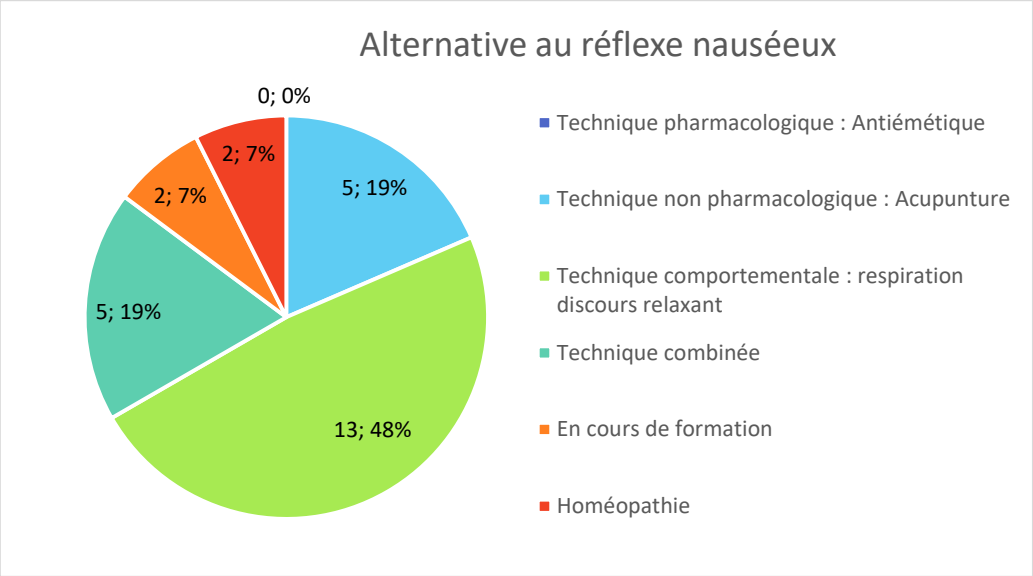
3.3.3.1 Changement de mode de prise en charge

Il en est ressorti que, suite à leur formation, 82.4% des praticiens affirmaient avoir changé leur prise en charge du réflexe nauséeux par l'hypnose médicale soit 98 personnes sur 119, avec un $IC_{95\%}$(75.5%,89.2%). 21 personnes soit 17.6% n'avaient pas changé leur pratique à la suite de cette formation.



Graphique 11 : Changement du mode de prise en charge du réflexe nauséeux pour l'hypnose médiacle.

Pour la population n'ayant pas changé ses habitudes quant à la prise en charge du réflexe nauséeux, l'étude montre que les techniques simples de respiration ou de discours relaxant étaient les plus plébiscitées. En effet, 13 praticiens soit 23% des praticiens n'ayant pas changé leur prise en charge par l'hypnose médicale utilisaient ces méthodes. 19% d'entre eux pratiquaient soit l'acupuncture, soit une technique combinée alliant plusieurs de ces alternatives. A cause d'une formation incomplète à ce jour, 2 praticiens ont affirmé ne pas utiliser l'hypnose médicale comme outil thérapeutique sur leurs patients à réflexe nauséeux hyperactif. En revanche, aucun praticien n'utilisait de techniques pharmacologiques pour pallier à un réflexe nauséeux exacerbé.



Graphique 12 : Proportion des alternatives au réflexe nauséeux

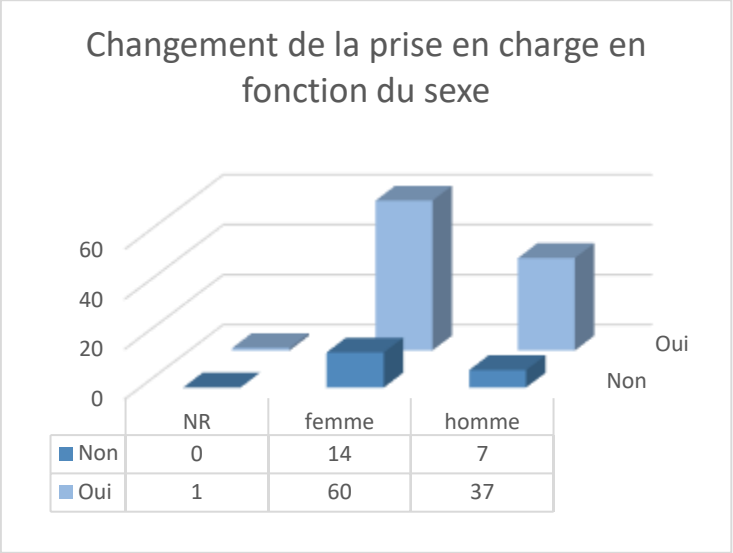
Pour la population ayant changé ses habitudes quant à la prise en charge du réflexe nauséeux, une analyse a été réalisée afin de savoir si certains facteurs influençaient ce changement de prise en charge.

Ainsi ont été conduits :

- un test du khi² concernant le facteur sexe.
- un test exact de Fisher concernant les facteurs expérience en chirurgie-dentaire et expérience en hypnose médicale.

<u>Concernant l'influence du sexe des praticiens sur le changement de prise en charge.</u>

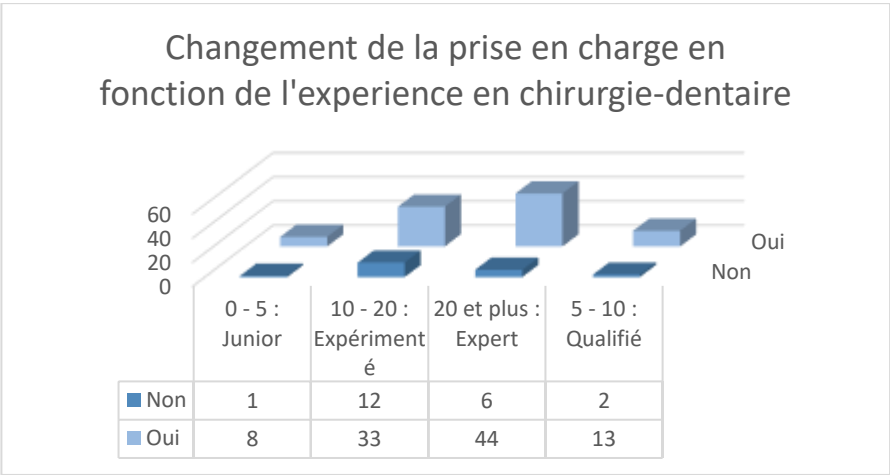
Le test du Khi² a montré une indépendance entre le sexe et le fait de changer de prise en charge en ce qui concerne le réflexe nauséeux (p=0.679). Dans cet échantillon de réponses, il n'y a pas de lien statistique significatif entre le sexe des praticiens et la modification de la prise en charge du réflexe nauséeux. (α=0.05)



Graphique 13 : Changement de la prise en charge du réflexe nauséeux par l'hypnose médicale en fonction du sexe.

Concernant l'influence de l'expérience en chirurgie-dentaire des praticiens sur le changement de prise en charge.

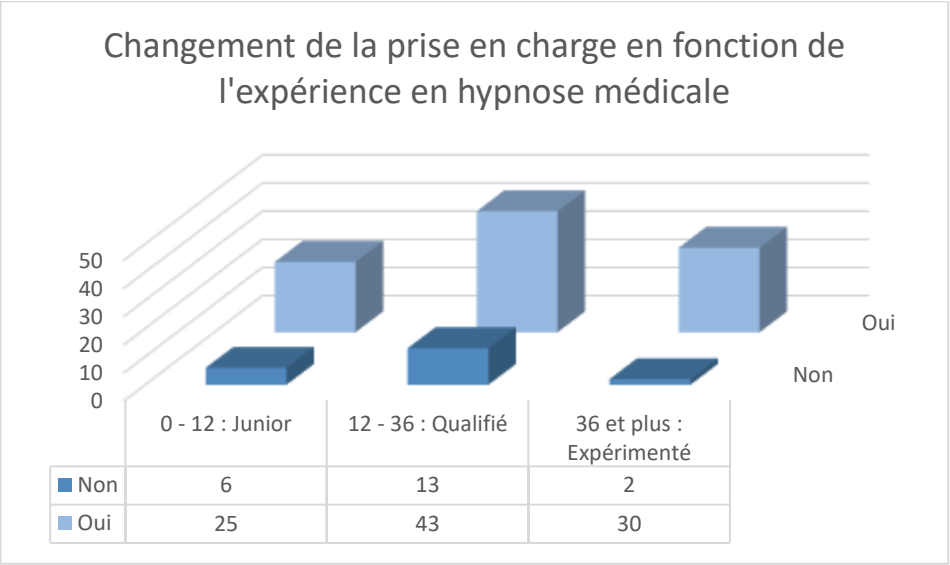
Le test exact de Fisher a montré une indépendance entre l'expérience en chirurgie-dentaire et le fait de changer de prise en charge en ce qui concerne le réflexe nauséeux (p=0.290). Dans cet échantillon de réponses, il n'y avait pas de lien statistique significatif entre l'expérience en chirurgie-dentaire des praticiens et la modification de la prise en charge du réflexe nauséeux (α=0.05).



Graphique 14 : Changement de la prise en charge du réflexe nauséeux par l'hypnose médicale en fonction de l'expérience en chirurgie-dentaire.

Concernant l'influence de l'expérience en hypnose médicale des praticiens sur le changement de prise en charge.

Une analyse des résultats à l'aide du test exact de Fisher a été réalisée. Celui-ci montrait une indépendance entre l'expérience en hypnose médicale et le fait de changer de prise en charge en ce qui concerne le réflexe nauséeux (p=0.110). Dans cet échantillon de réponses, il n'y avait pas de lien statistique significatif entre l'expérience en hypnose médicale des praticiens et la modification de la prise en charge du réflexe nauséeux (α=0.05).



Graphique 15 : Changement de la prise en charge du réflexe nauséeux par l'hypnose médicale en fonction de l'expérience

En résumé, le sexe, l'expérience en chirurgie dentaire et l'expérience en hypnose médicale n'avaient pas d'influence sur le changement de pratique dans la prise en charge du réflexe nauséeux.

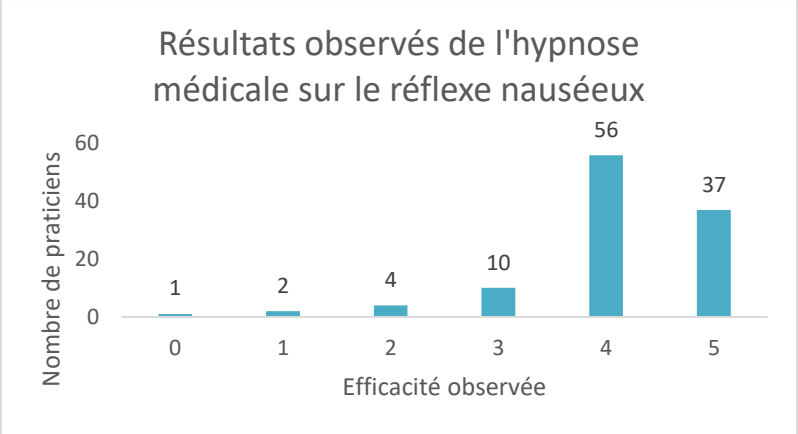
3.3.3.2 Efficacité de l'hypnose médicale

Les praticiens ont estimé, à posteriori, l'efficacité de l'utilisation de l'hypnose médicale sur leurs patients présentant un réflexe nauséeux hyper développé. Pour cela, ils avaient à leur disposition une échelle d'efficacité allant d'une « absence de résultat » donc une inefficacité totale notée E0 à l'obtention d'un « résultat optimal » à l'efficacité notée E5.

Ainsi, l'hypnose médicale était schématiquement caractérisée comme :

- Non efficace : dans les catégories 0 et 1.
- Peu efficace : dans les catégories 2 et 3.
- Efficace : dans les catégories 4 et 5.

Dans notre panel, 84.6% des praticiens estimaient l'efficacité de l'hypnose médicale à 4 ou plus, soit 93 personnes.1 praticien soit 0.9% du panel trouvait la technique inefficace avec un score de 0.

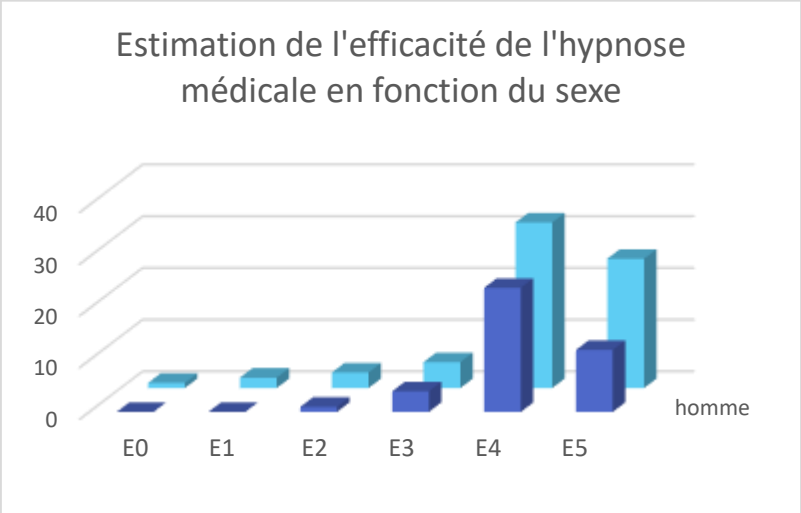


Graphique 16 : Efficacité subjective de l'hypnose médicale sur le réflexe nauséeux.

Afin d'analyser la possible existence de lien statistique entre l'efficacité de l'hypnose médicale et nos 3 facteurs principaux (sexe, expérience en chirurgie-dentaire et en hypnose médicale), le test du khi² n'était pas utilisable. En raison de la présence d'effectifs théoriques inferieurs à 5, aucune conclusion ne pouvait être extrapolée. Un regroupement de catégories selon les items non efficace/peu efficace/efficace a été tenté afin d'augmenter les effectifs théoriques et obtenir des résultats supérieurs à 5. Cette catégorisation n'avait cependant pas été suffisante. L'analyse statistique de ces données a donc été réalisée à l'aide du test exact de Fisher (α=0.05) et d'analyses de variance.

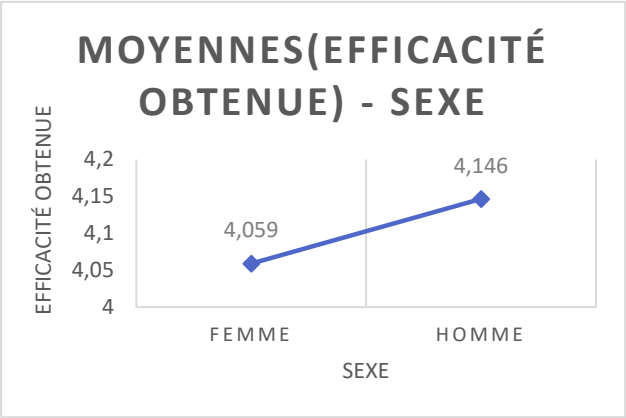
Les schémas présentés ci-après reprennent les résultats avec en abscisse l'efficacité estimée notée pour une absence de résultat donc technique inefficace E0 jusqu'à un résultat optimal donc très efficace E5.

En ce qui concerne l'influence du sexe :



Graphique 17 : Efficacité observée de l'hypnose médicale sur le réflexe nauséeux en fonction du sexe.

Le test exact de Fisher montrait une indépendance entre le sexe et l'efficacité observée de l'hypnose médicale en ce qui concerne le réflexe nauséeux (p=0.997) (α=0.05). Dans cet échantillon de réponses, il n'y avait pas de lien statistique significatif entre le sexe des praticiens et l'efficacité obtenue via l'hypnose médicale sur le réflexe nauséeux.



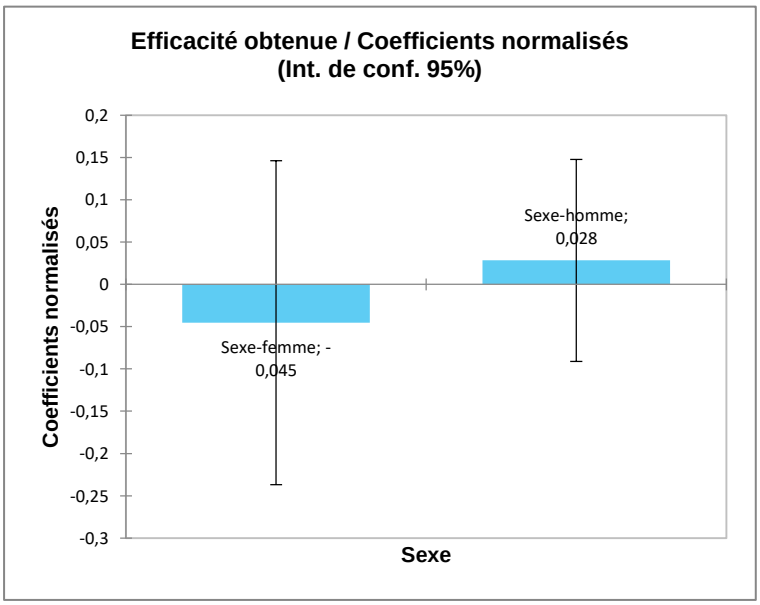
Graphique 18 : Moyennes de l'efficacité obtenue par l'hypnose médicale en fonction du sexe.

Que l'on soit homme ou femme, les résultats obtenus au cours d'une séance d'hypnose médicale sur un patient à réflexe nauséeux hyper développé étaient les mêmes. (Moyenne femme 4.059 $IC_{95\%}$ (3.832 ; 4.285) Moyenne homme 4.146 $IC_{95\%}$(3.855 ; 4.438).

Modalité	Moyenne estimée	Erreur standard	Borne inférieure (95%)	Borne supérieure (95%)
Femme	4,059	0,114	3,832	4,285
Homme	4,146	0,147	3,855	4,438

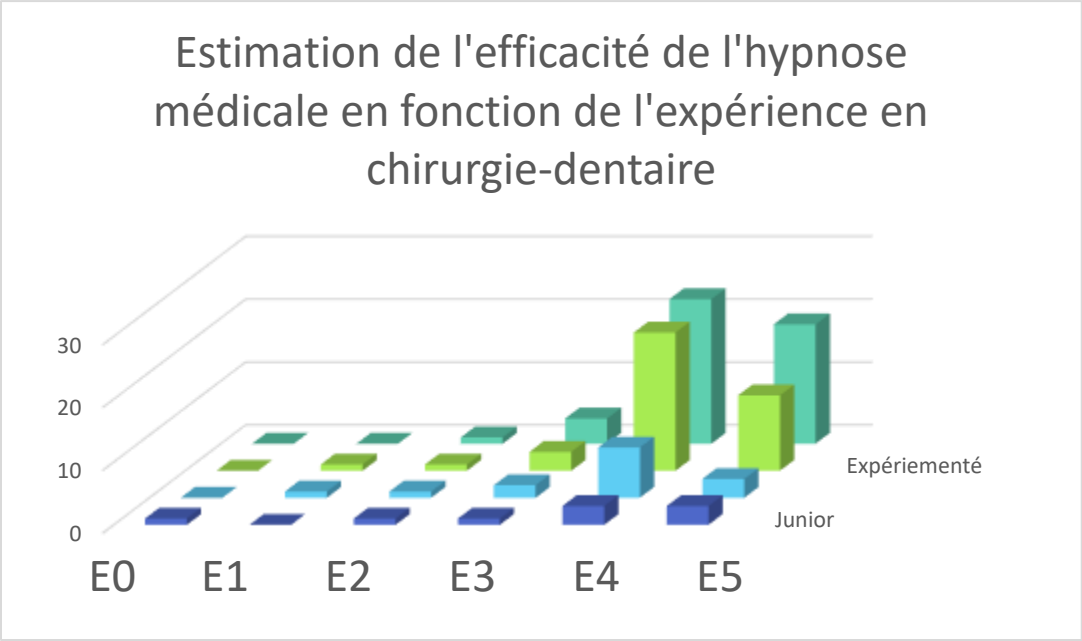
Tableau 5 : Caractéristiques des moyennes d'efficacité observées en fonction du sexe.

L'analyse de variance effectuée a été réalisée en tenant compte de la moyenne générale des données et de la taille des groupes dans la définition de la contrainte. Elle confirmait que, étant donné p=0.63 associé à la statistique F=0.22 calculée dans le tableau d'analyse de la variance, et étant donné le niveau de signification de 5% choisis, la variable sexe n'apportait pas d'informations au modèle comparée à ce qu'apporterait la seule moyenne de la variable dépendante. De plus, étant donné le R^2, 0% de la variabilité de l'efficacité obtenue était expliquée par la variable explicative. L'intervalle de confiance pour l'efficacité obtenue comprenait la valeur 0, dans nos deux échantillons, ce qui indiquait que les résultats obtenus par les femmes n'étaient pas significativement différents de ceux des hommes.



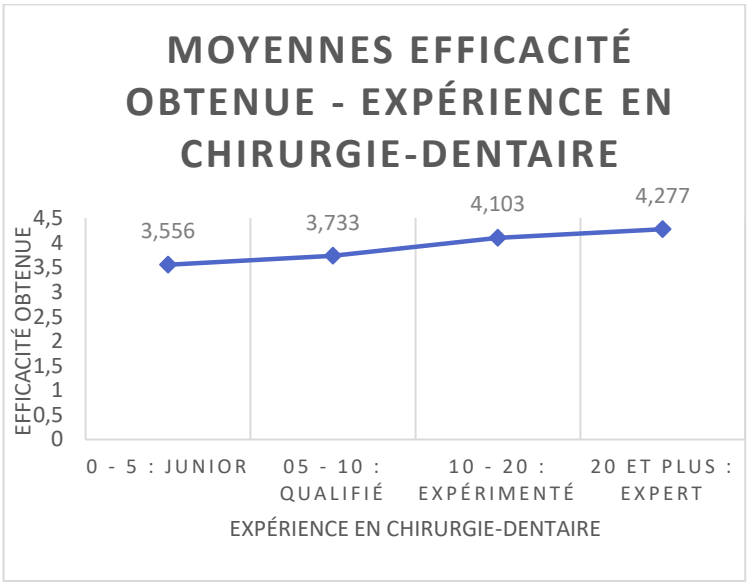
Graphique 19 : Coefficients normalisés de l'efficacité obtenue en fonction du sexe.

En ce qui concerne l'influence de l'expérience en chirurgie-dentaire :



Graphique 20 : Efficacité observée de l'hypnose médicale en fonction de l'expérience en chirurgie-dentaire.

Il ressortait du test exact de Fisher, une indépendance entre l'expérience en chirurgie dentaire et l'efficacité observée de l'hypnose médicale concernant le réflexe nauséeux (p=1.000) (α=0.05). Dans cet échantillon de réponses, il n'y avait pas de lien statistique significatif entre l'expérience en chirurgie dentaire des praticiens et l'efficacité de l'hypnose médicale sur le réflexe nauséeux.



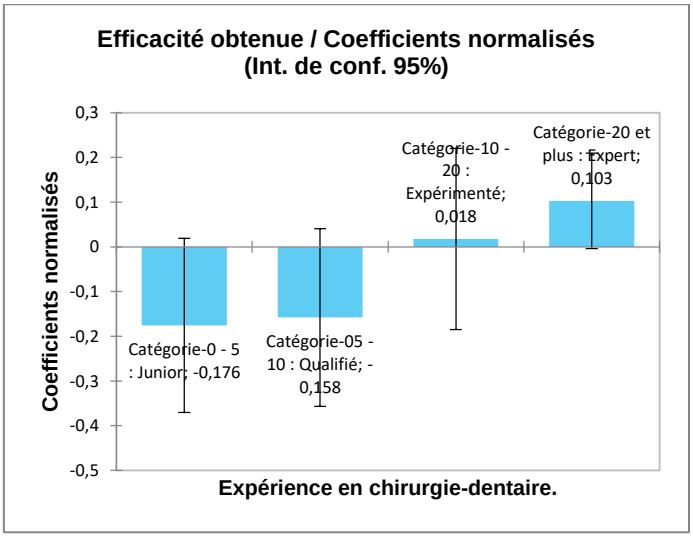
Graphique 21 : Moyennes de l'efficacité obtenue par l'hypnose médicale en fonction de l'expérience en chirurgie-dentaire.

Ainsi, le fait d'avoir plus d'années de pratique de l'art dentaire n'avait pas d'influence sur l'obtention de meilleurs résultats au cours d'une séance d'hypnose médicale en ce qui concerne le réflexe nauséeux. Un jeune chirurgien-dentiste obtiendrait des résultats similaires qu'un confrère étant dans la profession depuis plus longtemps.

Modalité	**Moyenne estimée**	**Erreur standard**	**Borne inférieure (95%)**	**Borne supérieure (95%)**
0 - 5 : Junior	3,556	0,307	2,946	4,165
05 - 10 : Qualifié	3,733	0,238	3,261	4,205
10 - 20 : Expérimenté	4,103	0,148	3,810	4,395
20 et plus : Expert	4,277	0,135	4,010	4,543

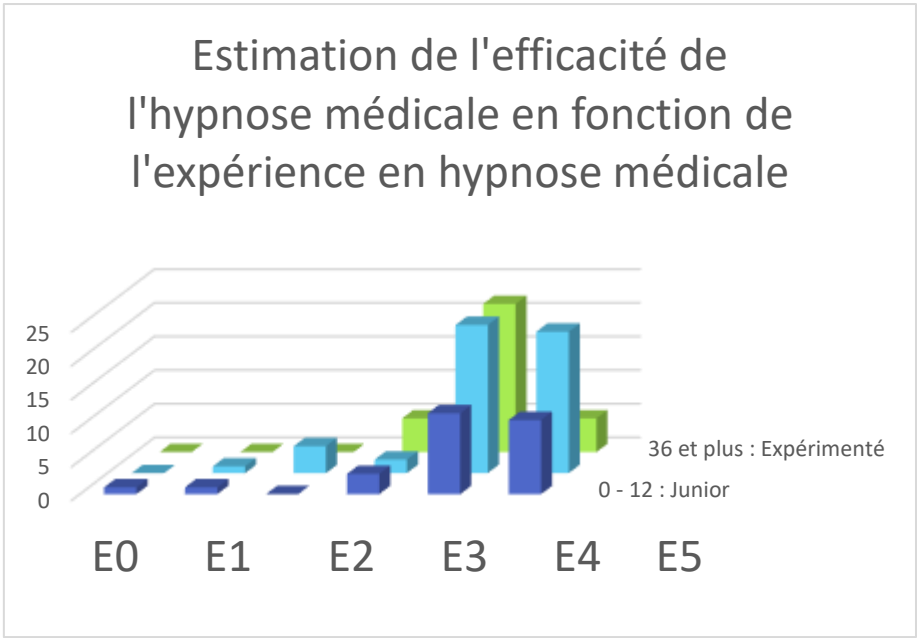
Tableau 6 : Caractéristiques des moyennes d'efficacité observée en fonction de l'expérience en chirurgie-dentaire.

Sur l'analyse de variance, étant donné p=0.072 associé à la statistique F=2.39 calculée dans l'analyse de variance, et étant donné le niveau de signification de 5% choisis, la variable expérience en chirurgie-dentaire n'apportait pas d'information significative à l'efficacité. Etant donné le R^2, 6% de la variabilité de l'efficacité obtenue était expliquée par la variable explicative. De plus, en prenant en considération la moyenne générale des données et la taille des groupes, les intervalles de confiance pour l'efficacité obtenue par les différents groupes comprenaient la valeur 0, indiquant que les résultats obtenus n'étaient pas significativement différents entre les groupes.



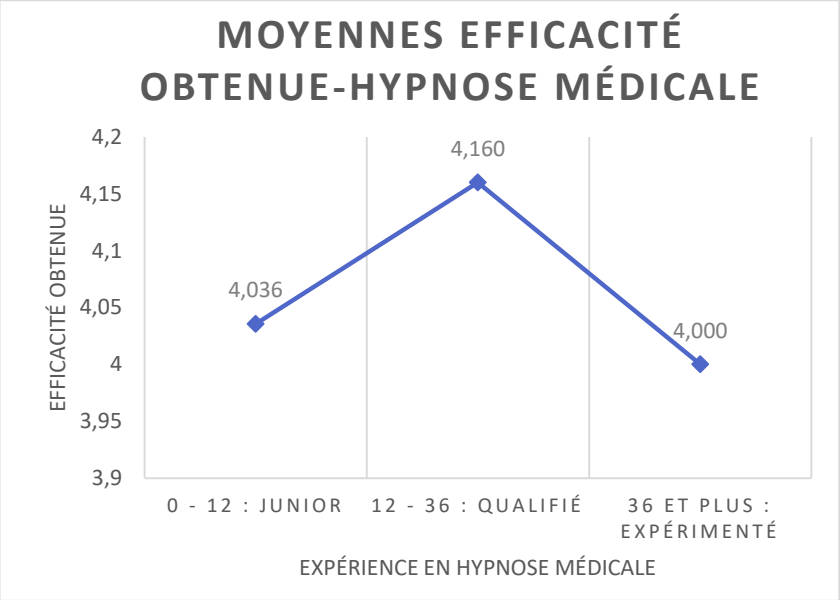
Graphique 22 : Coefficients normalisés de l'efficacité obtenue en fonction de l'expérience en chirurgie-dentaire.

<u>En ce qui concerne l'influence de l'expérience en hypnose médicale :</u>



Graphique 23 : Efficacité observée de l'hypnose médicale sur le réflexe nauséeux en fonction de l'expérience en hypnose médicale.

Le test exact de Fisher démontrait une indépendance entre l'expérience en chirurgie dentaire et l'efficacité observée de l'hypnose médicale en ce qui concerne le réflexe nauséeux ($p=1.000$) ($\alpha=0.05$). Dans cet échantillon de réponses, il n'y avait pas de lien statistique significatif entre l'expérience en chirurgie dentaire des praticiens et l'efficacité de l'hypnose médicale sur le réflexe nauséeux.



Graphique 24 : Moyennes de l'efficacité obtenue par l'hypnose médicale en fonction de l'expérience en hypnose médicale.

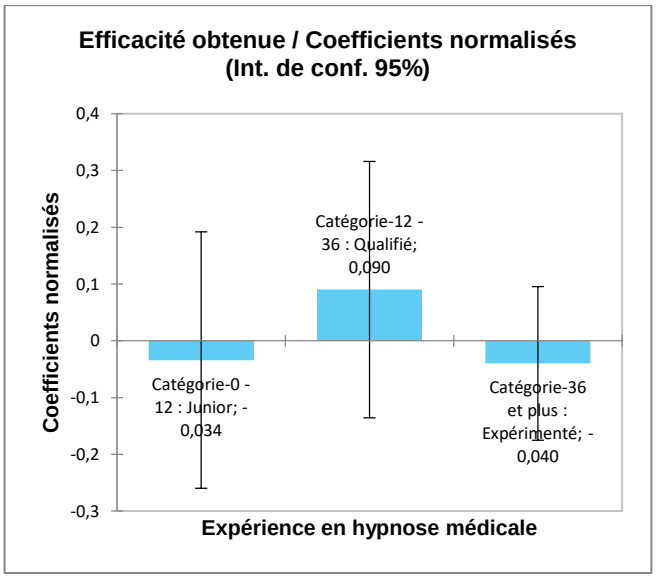
De ce fait, dès la fin de la formation et donc dès le début de la mise en application de l'hypnose médicale, il était possible d'avoir des résultats sur le réflexe nauséeux.

Modalité	**Moyenne estimée**	**Erreur standard**	**Borne inférieure (95%)**	**Borne supérieure (95%)**
0 - 12 : Junior	4,036	0,179	3,681	4,390
12 - 36 : Qualifié	4,160	0,134	3,895	4,425
36 et plus : Expérimenté	4,000	0,167	3,669	4,331

Tableau 7 : Caractéristiques des moyennes d'efficacité observée en fonction de l'expérience en hypnose médicale.

Dans l'analyse de variance, étant donné p=0.72 associé à la statistique F=0.32 calculée dans le tableau d'analyse de la variance, et étant donné le niveau de signification de 5% choisis, la variable expérience en hypnose médicale n'apportait pas d'information au modèle comparée à ce qu'apporterait la seule moyenne de la variable dépendante.

Etant donné le R^2, 1% de la variabilité de l'efficacité obtenue était expliquée par la variable explicative. Toujours en prenant en considération la moyenne générale des données et la taille des groupes, les intervalles de confiance pour l'efficacité obtenue dans les différentes catégories d'expérience en hypnose médicale comprenaient la valeur 0. Ceci indique que les résultats obtenus n'étaient pas significativement différents entre les groupes.



Graphique 25 : Coefficients normalisés de l'efficacité obtenue en fonction de l'expérience en hypnose médicale.

3.3.4 Analyse de discours

Sur les 120 questionnaires remplis, 87 réponses ont été données à la question : « En cas d'utilisation de l'hypnose médicale, quel style de discours (script) utilisez-vous en cas de réflexe nauséeux ? »

L'analyse du discours a été menée comme suit : réalisation d'une lecture générale d'où ont été tirés X grands thèmes. A chacun de ces grands thèmes (catégories) ont été associés des mots clés (items) eux-mêmes regroupés parfois en sous-catégories. Dans chaque réponse propre à un praticien, le « comptage » a été effectué de sorte que :

- un mot-clé n'était comptabilisé qu'une seule fois dans une réponse. La répétition d'un même mot-clé n'entraînant ainsi aucune addition.

→ ont été comptabilisés dans une même réponse les mots-clés appartenant à un même item. Verbe, nom, adverbe et adjectif dérivés de la même racine ont

donc compté chacun pour un mot-clé. Ainsi si les mots-clés imaginer et imagination se retrouvent dans la même réponse, tous deux sont comptabilisés même s'ils se rapportent au même item.

→ aucune extrapolation n'a été faite. Seuls, les mots-clés proprement écrits ont été comptabilisés. Ainsi le terme Jaune n'entre pas en compte dans la comptabilité du mot-clé « Couleur ».

→ enfin, une comptabilité a été effectuée vis-à-vis des grands thèmes ou catégories, en ne prenant en compte qu'une seule comptabilisation par catégorie évoquée.

Sur ces 87 réponses sont retrouvés 7 grands thèmes de par le champ lexical utilisé. Les items sélectionnés comme mots-clés ont été répertoriés dans le tableau d'analyse de discours (cf. annexe 2). Parmi les grands thèmes sont retrouvés :

VAKOG : observer, couleur, bruit, toucher, odeur … Cette catégorie « VAKOG » représentait la catégorie la plus citée avec 30.5% des items évoqués la concernant.

RESPIRATION : souffle, respiration, respiratoire, inspirer, expirer … Cette catégorie « Respiration » comprenait 19.6% des items évoqués la concernant.

BIEN ETRE : calme, douceur, confort, lieu agréable … Cette catégorie « Bien-être » comprenait 18.1% des items évoqués la concernant.

SUGGESTION : suggestion, penser, halluciner … Cette catégorie « Suggestion » comprenait 9.0% des items cités dans les discours.

CONCENTRATION : fixation, concentration, focalisation … Cette catégorie « Concentration » comprenait 8.4% des items cités dans les discours.

SECURITE : lieu de sécurité, rassurer, contrôle … Cette catégorie « Sécurité » comprenait 2.5% des items cités dans les discours.

De plus, 29 praticiens faisaient référence à de la technicité spécifique à l'hypnose médicale. Ainsi, 11.8% des mots-clés relevés s'apparentaient à la catégorie **TECHNIQUE.**

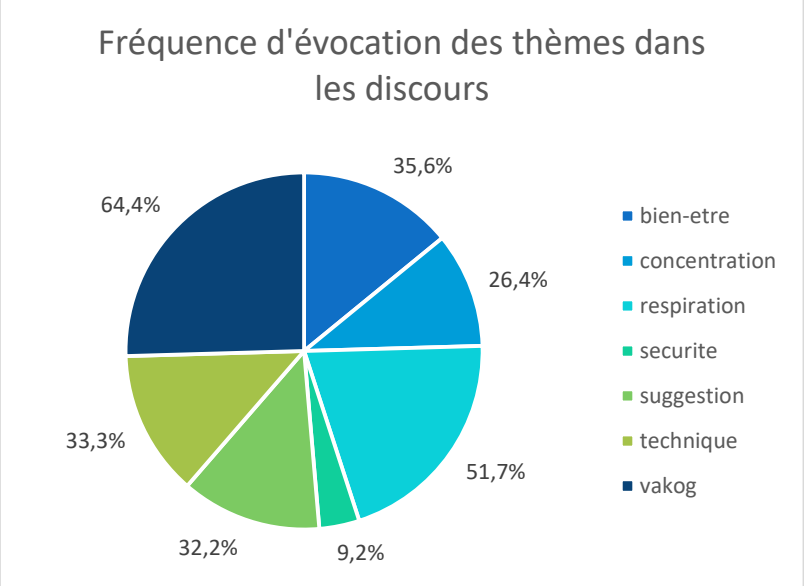
Des termes tels que induction, miroring, dissociation, métaphore… ont été mentionnés. Les trois termes ou items les plus rencontrés étaient : ballon (36

occurrences) respiration (31 occurrences) imaginer (14 occurrences). Sur un total de 322 items, ils étaient donc respectivement rencontrés dans 11.2%, 9.6% et 4.3% des réponses. Au final, en se concentrant uniquement sur la mention d'une des catégories dans leur discours, il ressortait que sur 87 scripts de praticiens, 56 faisaient référence au VAKOG, 45 à la respiration, et 31 au bien-être. Ces 3 grands thèmes étaient donc les plus rencontrés.

Catégories	Bien-être	Concentration	Respiration	Sécurité	Suggestion	Technique	VAKOG
Occurrence	31	23	45	8	28	29	56
Nombre de discours							87

Tableau 8 : Occurrence d'évocation des grands thèmes dans les scripts d'hypnose médicale.

Dans leur discours d'hypnose médicale, sur un patient à réflexe nauséeux hyper développé, plus de la moitié des praticiens évoquaient le VAKOG et la respiration, et plus d'un tiers évoquent le bien-être et des termes relatifs au jargon technique de l'hypnose médicale.



Graphique 26 : Fréquence d'évocation des grands thèmes dans les scripts d'hypnose médicale.

3.4 Discussion

D'un point de vue démographique, l'étude montre plusieurs biais :

-un biais de sélection des praticiens répondant au questionnaire : praticien venant uniquement de la formation Hypnoteeth®.

-une absence d'étude sur d'autres formations, privées ou DU d'hypnose médicale. Le DU d'hypnose médicale a été contacté pour faire suivre le questionnaire sans réponse à ce jour.

- seules les réponses des volontaires ont été recueillies.

Cependant au vu des ratios homme/femme obtenus et de la répartition de l'expérience en chirurgie dentaire, il semble que le panel soit représentatif de la population et que nos résultats peuvent être extrapolés. De plus, plus de la moitié du panel ayant plus de 15 ans de carrière de chirurgien-dentiste, il est raisonnable de penser que, le recul clinique des praticiens quant à la prise en charge de patients à réflexe nauséeux, est certifié.

Malgré le fait que la question ait été à choix multiples, le questionnaire ayant été diffusé par le biais de la formation Hypnoteeth®, nous aurions dû obtenir un pourcentage de 100% à l'item « formation privée ». Il est alors possible d'envisager que les 4 personnes ayant suivi un diplôme universitaire ont en plus suivi une formation privée (la suscitée formation Hypnoteeth®).

Dans ce cas, les résultats obtenus auraient été :

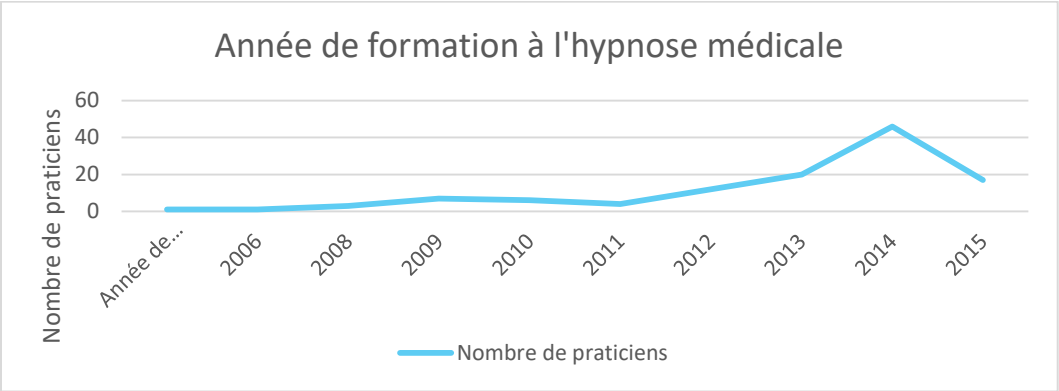
Formation suivi	*Nombre*	*Pourcentage*
Formation privée	120	100 %
Diplôme Universitaire	4	3.3 %
Autre	0	0 %

Tableau 9 : Rectificatif de la répartition du panel par les formations suivies.

Avec l'intégralité du panel ayant suivi une formation privée et 3.3% d'entre eux une formation double avec passage d'un diplôme universitaire.

Qu’en est-il de l’engouement pour l’hypnose médicale ces dernières années?

Le graphique 27 montre un engouement pour les formations à l’hypnose médicale depuis les années 2014. Le questionnaire ayant été diffusé au début de l’année 2016, il est possible de penser que les résultats obtenus pour cette année-là ne soient pas significatifs de l’intégralité de l’année.



Graphique 27 : Année de réalisation de la formation en hypnose médicale

En ce qui concerne les réponses recueillies à propos de l’utilisation de l’hypnose médicale, l’étude montre un biais de mémorisation lors de la demande de l’efficacité de l’hypnose sur le réflexe nauséeux car elle est basée sur le souvenir des praticiens. D’autre part, leur réponse est subjective quant à l’efficacité de la méthode. L’étude ne fait pas apparaître d’échelle d’efficacité très détaillée aux praticiens.
Enfin, les praticiens ayant reçu une formation privée et donc payante, désireront peut-être inconsciemment un retour sur investissement. Cet élément peut être à l’origine d’une possible surévaluation de l’efficacité observée qui est ici, un problème récurrent de la subjectivité.

Au niveau de l’analyse des influences, le fait que les variables sexe, expérience en chirurgie-dentaire et expérience en hypnose médicale n'apportent pas de l'information significative au modèle peut être interprété de différentes façons : soit les variables ne contribuent pas à l'explication du modèle, soit des covariables qui combinées aux variables déjà présentes sont manquantes, soit la forme du modèle n'est pas la bonne, soit les données sont entachées d'erreurs.

Enfin, de nombreux paramètres pourraient être détaillés afin d'obtenir une analyse plus complète. En effet, dans cette étude, ne sont pas pris en compte :

- → les caractéristiques propres au patient (degré de sensibilité du réflexe nauséeux, degré d'hypno sensibilité)
- → les conditions dans lesquelles a été faite la séance, quels soins, quelle dent, quelle difficulté …
- → le ressenti du patient sur la procédure.

Une analyse de la littérature menée en 2015, montrait une absence totale d'essais cliniques concernant les interventions utilisées pour la gestion du réflexe nauséeux lors de soins dentaires. Seule l'acupuncture faisait état d'essais cliniques randomisés à son sujet (27).

Cependant, malgré le manque de documentations sur l'effet de l'hypnose médicale sur le réflexe nauséeux, de nombreux articles font mention de son utilisation en réponse à ce problème précis.

Conclusion

Le réflexe nauséeux est un phénomène physiologique complexe qui peut faire obstacle aux soins chez les patients hypersensibles. Pour les praticiens formés, l'hypnose médicale peut permettre une prise en charge efficace et sans risque pour le patient. Si cette technique fait l'objet d'études concernant la gestion du stress et de la douleur, ses spécificités concernant le réflexe nauséeux restent peu documentées.

Notre étude d'évaluation de pratique met en évidence un engouement grandissant pour la formation à l'hypnose médicale, avec une utilisation de cette technique dans des domaines variés. Elle montre chez les praticiens formés, un changement de pratique à l'égard du réflexe nauséeux et des résultats concluants sur les patients traités par cette méthode et ce quel que soit le sexe et le niveau d'expérience du praticien.

Par ailleurs les résultats dépendent de plusieurs facteurs tels que :

- Le profil du patient
  - Son degré d'hypnosensibilité ou d'hypnorésistance
  - Son degré de sensibilité face au réflexe nauséeux
- La dextérité du praticien
- Le geste effectué
  - de la zone de travail concernée
  - du temps nécessaire au soin.

Cette évaluation atteint ses limites quant à l'explication de caractéristiques concernant les patients traités et les modalités des soins effectués au cours des séances d'hypnose. Des études complémentaires portant sur les aspects qualitatifs et quantitatifs auprès des patients seraient nécessaires pour élaborer des recommandations pour la prise en charge de ce type de patient.

Bibliographie

1. Wright SM. Medical history, social habits, and individual experiences of patients who gag with dentures. J Prosthet Dent. mai 1981;45(5):474-8.

2. Hypnosis and Local Anesthesia for Dental Pain Relief-Alternative or Adjunct Therapy?-A Randomized, Clinical-Experimental Crossover Study. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 25 juill 2017]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27585724

3. Al-Harasi S, Ashley PF, Moles DR, Parekh S, Walters V. WITHDRAWN: Hypnosis for children undergoing dental treatment. Cochrane Database Syst Rev. 20 2017;6:CD007154.

4. Morse DR, Schacterle GR, Esposito JV, Furst ML, Bose K. Stress, relaxation and saliva: a follow-up study involving clinical endodontic patients. J Human Stress. sept 1981;7(3):19-26.

5. Reiner V. Nausées et prothèse dentaire. Rev Fr Odont. déc 1963;(10):1493-503.

6. Bastien FG. Etude des phénomènes nauséeux en odonto-stomatologie. Paris: J. Prélat; 1978.

7. Bartlett KA. Gagging. A case report. Am J Clin Hypn. juill 1971;14(1):54-6.

8. Murphy WM. A clinical survey of gagging patients. J Prosthet Dent. août 1979;42(2):145-8.

9. Bouchet A, Cuilleret J. Anatomie topographique, descriptive et fonctionnelle. 1, 1,. Paris: Simep; 1991.

10. Cadiot G. Traité de Gastroentérologie. Datarevues03998320002506-7727 [Internet]. 29 févr 2008 [cité 31 mars 2017]; Disponible sur: http://www.em-consulte.com/en/article/98818

11. Mathieu M. Aspects anatomo-physiologiques du réflexe nauséeux. [Nancy]: Nancy; 1981.

12. Guyton AC. Anatomie et physiologie du système nerveux. Québec: Décarie; 1989.

13. Usherwood PNR, Vincent F. Systèmes nerveux. Paris: Vuibert; 1976.

14. Trost O, Trouilloud P, Malka G, Swetyenga N. Tête, cou, nerfs crâniens et organes des sens. Paris: Ellipses; 2011.

15. Prades J-M, Laurent B, Navez M-L. Anatomie clinique du système nerveux central. Paris: Masson; 1999.

16. Craig JB, Powell BL. Review: The Management of Nausea and Vomiting in Clinical Oncology. Am J Med Sci. 1 janv 1987;293(1):34-44.

17. Sridhar KS, Donnelly E. Combination antiemetics for cisplatin chemotherapy. Cancer. 15 avr 1988;61(8):1508-17.

18. Saunders RM, Cameron J. Psychogenic gagging: identification and treatment recommendations. Compend Contin Educ Dent Jamesburg NJ 1995. mai 1997;18(5):430-433, 436, 438 passim.

19. Correia R, Malta R, Silva A, Moura M. Choking phobia: case report. Eur Psychiatry. 1 janv 2010;25:333.

20. McNally RJ. Choking phobia: a review of the literature. Compr Psychiatry. févr 1994;35(1):83-9.

21. Bertrand C, Hue O. le réflexe nauséeux en prothèse. Cah Prothèse. 2002;(117):57-65.

22. Van Overest-Eerdman's G, Slop D. Traitement dentaire de patients au réflexe extrême de nausée. Rev Belge Med Dent. 1985;40(5):148-54.

23. Bassi GS, Humphris GM, Longman LP. The etiology and management of gagging: a review of the literature. J Prosthet Dent. mai 2004;91(5):459-67.

24. Berggren U. Psychosocial effects associated with dental fear in adult dental patients with avoidance behaviours. Psychol Health. avril 1993;8(2-3):185-96.

25. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. BMC Oral Health. 2007;7(1):1.

26. Conny DJ, Tedesco LA. The gagging problem in prosthodontic treatment. Part I: description and causes. J Prosthet Dent. mai 1983;49(5):601-6.

27. Prashanti E, Sumanth KN, Renjith George P, Karanth L, Soe HHK. Management of gag reflex for patients undergoing dental treatment. Cochrane Database Syst Rev. 1 oct 2015;(10):CD011116.

28. Saita N, Fukuda K, Koukita Y, Ichinobe T, Kaneko Y. Classification of factors formed dental phobia. Journal of the Japanese Dental Society Anesthesiology. 2010;38:596-7.

29. Saita N, Fukuda K, Koukita Y, Ichinobe T, Yamashita S. Relationship between gagging severity and its management in dentistry. Journal of Oral Rehabilitation. 2013;40(2):106-11.

30. Conny DJ, Tedesco LA. The gagging problem in prosthodontic treatment. Part II: Patient management. J Prosthet Dent. juin 1983;49(6):757-61.

31. Sewerin I. Gagging in dental radiography. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. déc 1984;58(6):725-8.

32. Barsby MJ. The control of hyperventilation in the management of « gagging ». Br Dent J. 8 févr 1997;182(3):109-11.

33. Robb ND, Crothers AJ. Sedation in dentistry. Part 2: Management of the gagging patient. Dent Update. juin 1996;23(5):182-6.

34. Krol AJ. A new approach to the gagging problem. J Prosthet Dent. juillet 1963;13(4):611-6.

35. Kaufman E, Weinstein P, Sommers EE, Soltero DJ. An Experimental Study of the Control of the Gag Reflex with Nitrous Oxide. Anesth Prog. 1988;35(4):155-7.

36. Ladabaum U, Hasler WL. Novel approaches to the treatment of nausea and vomiting. Dig Dis Basel Switz. 1999;17(3):125-32.

37. Molhant G. Prévention des réflexes nauséeux en pratique courante. Sem Hôp Paris Thèr. 1976;52(1):53-4.

38. Beuzeboc P, Chaussade S. Antiémétiques et chimiothérapie anticancéreuse. In: Encycl Mèd Chir. Paris; 1995. (Thérapeutiques).

39. Fiske J, Dickinson C. Acupuncture: The role of acupuncture in controlling the gagging reflex using a review of ten cases. Br Dent J. juin 2001;190(11):611-3.

40. Vachiramon A, Wang WC. Acupressure technique to control gag reflex during maxillary impression procedures. J Prosthet Dent. août 2002;88(2):236.

41. Chate R. Acupuncture for controlling gag reflex ? Dent J. 2001;191(10):537.

42. Daneshkazemi A, Daneshkazemi P, Davoudi A, Badrian H, Firouzabadi VP. Is acupuncturing effective in controlling the gag reflex during dental procedures? A review of literature. Anesth Essays Res. 2016;10(2):173-7.

43. Fiske J, Dickinson C. The role of acupuncture in controlling the gagging reflex using a review of ten cases. Br Dent J. 9 juin 2001;190(11):611-3.

44. Lu DP, Lu GP, Reed JF. Acupuncture/acupressure to treat gagging dental patients: a clinical study of anti-gagging effects. Gen Dent. août 2000;48(4):446-52.

45. Sari E, Sari T. The role of acupuncture in the treatment of orthodontic patients with a gagging reflex: a pilot study. Br Dent J. 22 mai 2010;208(10):E19.

46. Friedman MH, Weintraub MI. Temporary elimination of gag reflex for dental procedures. J Prosthet Dent. mars 1995;73(3):319.

47. Facco E, Zanette G, Casiglia E. The role of hypnotherapy in dentistry. SAAD Dig. janv 2014;30:3-6.

48. Homer. The Iliad [Internet]. Ottawa: EBooksLib; 2004 [cité 31 mars 2017]. Disponible sur: https://www.overdrive.com/search?q=E0433D2E-117D-4D86-B531-532E6A0B8DE0

49. Enqvist B, Fischer K. Preoperative hypnotic techniques reduce consumption of analgesics after surgical removal of third mandibular molars: a brief communication. Int J Clin Exp Hypn. avr 1997;45(2):102-8.

50. Ghoneim MM, Block RI, Sarasin DS, Davis CS, Marchman JN. Tape-recorded hypnosis instructions as adjuvant in the care of patients scheduled for third molar surgery. Anesth Analg. janv 2000;90(1):64-8.

51. Eitner S, Sokol B, Wichmann M, Bauer J, Engels D. Clinical use of a novel audio pillow with recorded hypnotherapy instructions and music for anxiolysis during dental implant surgery: a prospective study. Int J Clin Exp Hypn. avr 2011;59(2):180-97.

52. Huet A, Lucas-Polomeni M-M, Robert J-C, Sixou J-L, Wodey E. Hypnosis and dental anesthesia in children: a prospective controlled study. Int J Clin Exp Hypn. déc 2011;59(4):424-40.

53. Mackey EF. Effects of hypnosis as an adjunct to intravenous sedation for third molar extraction: a randomized, blind, controlled study. Int J Clin Exp Hypn. janv 2010;58(1):21-38.

54. Juge C. Les effets de l'hypnose lors des soins dentaires [Thèse d'exercice]. [Clermont-Ferrand, France]: Université de Clermont I;

55. Mehrabian A, Wiener M. Decoding of inconsistent communications. J Pers Soc Psychol. mai 1967;6(1):109-14.

56. Mehrabian A, Ferris SR. Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. J Consult Psychol. juin 1967;31(3):248-52.

57. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - catalepsie [Internet]. [cité 5 avr 2017]. Disponible sur: http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/catalepsie/11812

Annexes

1 Questionnaire à destination des praticiens

1.Sexe. (Une seule réponse possible.)

femme

homme

2.Année d'obtention du diplôme de chirurgien-dentiste

3.Année de formation à l'hypnose (pour vous ou votre assistante dentaire)

4.Formation suivie. (Plusieurs réponses possibles.)

Diplôme universitaire

Formation Privée

5.Depuis combien de temps pratiquez-vous l'hypnose dans votre cabinet dentaire? (Par vous ou votre assistante)

6.A quelle fin utilisez-vous l'hypnose dans le cadre de votre activité? (Plusieurs réponses possibles.)

Antalgie/analgésie

Stress/anxiété

Réflexe nauséeux

Autre :

7.Avez-vous dans votre pratique quotidienne rencontré des patients à réflexe nauséeux ? (Une seule réponse possible.)

aucun

peu – de 20%

de 20 à 40%

de 40 à 60%

de 60 à 80 %

Plus de 80%

8.Suite à votre formation, avez-vous changé votre prise en charge du réflexe nauséeux par l'hypnose médicale? (Une seule réponse possible.)

Oui

Non

9.Si non, quelles sont vos techniques contre ce réflexe ? (Plusieurs réponses possibles.)

Aucun

Technique pharmacologique : Antiémétique

Technique non pharmacologique : Acupunture

Technique comportementale : respiration discours relaxant

Technique combinée

Autre :

10.En cas d'utilisation de l'hypnose médicale: Quel style de discours (script) utilisez-vous en cas de réflexe nauséeux (10 lignes max)

11.Quel est généralement le résultat obtenu ?

Une seule réponse possible.

0 1 2 3 4 5

absence de résultat résultat optimal

12.Commentaire libre

2 Analyse de discours

Catégories	Sous-catégories	Items	Sous-items	Nombre apparitions sous-items	Nombre apparitions items	Fréquence apparitions items	Nombre apparitions sous-catégories	Fréquence apparitions sous-catégories	Nombre apparitions catégories	Fréquence apparitions catégories
Respiration	Cadence/Modalité	profondément			5	1,6%	10	3,1%	63	**19,6%**
		lentement			5	1,6%				
	Souffle	Souffler			2	0,6%	6	1,9%		
		Souffle			3	0,9%				
		soufflant			1	0,3%				
	Respiration	respiration			31	9,6%	47	14,6%		
		respirant			2	0,6%				
		respiratoire			1	0,3%				
		inspiration			1	0,3%				
		Inspirer			4	1,2%				
		expiration			5	1,6%				
		Expiré			1	0,3%				
		Expirer			2	0,6%				
Concentration	Fixation	fixer			3	0,9%	5	1,6%	27	**8,4%**
		fixation			1	0,3%				
		fixant			1	0,3%				
	Concentration	concentré			1	0,3%	12	3,7%		
		concentrer			5	1,6%				
		concentration			4	1,2%				
		center			1	0,3%				
		recentrer			1	0,3%				
	Focalisation	focalisation			3	0,9%	4	1,2%		
		focaliser			1	0,3%				
	Posture/Disposition/Situation	catalepsie			2	0,6%	6	1,9%		
		catalgésie			1	0,3%				
		attention			1	0,3%				
		transe			2	0,6%				

Bien-être	Tranquillité	tranquillement	10	3,1%	13	4,0%	58	**18,0%**
		tranquille	3	0,9%				
	Douceur	douce	1	0,3%	6	1,9%		
		doucement	5	1,6%				
	Confort	confort	2	0,6%	4	1,2%		
		confortable	1	0,3%				
		confortablement	1	0,3%				
	Amusement	s'amuser	1	0,3%	8	2,5%		
		amusant	1	0,3%				
		jouer	3	0,9%				
		Jeux	3	0,9%				
	Relâchement	relâché	1	0,3%	3	0,9%		
		relâcher	1	0,3%				
		relâcher pression	1	0,3%				
	Relaxation	relaxer	1	0,3%	4	1,2%		
		relaxant	1	0,3%				
		relaxation	2	0,6%				
	Béatitude	lieu agréable	5	1,6%	20	6,2%		
		Rêve	1	0,3%				
		calme	3	0,9%				
		agréable	5	1,6%				
		légèreté	1	0,3%				
		souvenir	3	0,9%				
		bien-être	2	0,6%				

Sécurité	Lieu sécurité	safe place	1	0,3%	5	1,6%	8	**2,5%**
		lieu de sécurité	4	1,2%				
	Rassérènement	dédramatisation	1	0,3%	3	0,9%		
		rassurer	1	0,3%				
		contrôle	1	0,3%				

Suggestion	Suggestion	suggestion	4	1,2%	5	1,6%	29	**9,0%**
		inciter	1	0,3%				
	Pensée	pensée	1	0,3%	2	0,6%		
		penser	1	0,3%				
	Imagination	image	4	1,2%	20	6,2%		
		imaginer	14	4,3%				
		halluciner	2	0,6%				
	Distraction	diversion	1	0,3%	2	0,6%		
		détourner	1	0,3%				

VAKOG	Visuel	visualiser			4	1,2%	81	25,2%	98	**30,4%**
		visualisant			1	0,3%				
		visualisation			6	1,9%				
		observer			1	0,3%				
		volume			1	0,3%				
		Taille			1	0,3%				
		couleur			22	6,8%				
		forme	forme	6	45	14,0%				
			Ballon	36						
			bulle	1						
			balle	1						
			Bille	1						
	Auditif	entendre			1	0,3%	3	0,9%		
		bruit			2	0,6%				
	Kinesthésique	sentir			6	1,9%	10	3,1%		
		texture			2	0,6%				
		toucher			1	0,3%				
		température			1	0,3%				
	Olfactif	odeur			1	0,3%	1	0,3%		
	Sensation	ressentir			1	0,3%	3	0,9%		
		sensation			2	0,6%				

Technique	Induction	induction			7	2,2%	8	2,5%	39	**12,1%**
		induire			1	0,3%				
	Synchronisation	miroring			1	0,3%	7	2,2%		
		rythme			5	1,6%				
		synchronisé			1	0,3%				
	Ratification	parfait			1	0,3%	10	3,1%		
		bien			5	1,6%				
		très bien			4	1,2%				
	Couplage	pression épaule			2	0,6%	6	1,9%		
		acupression			2	0,6%				
		acupuncture			2	0,6%				
		dissociation			4	1,2%	8	2,5%		
		métaphore			3	0,9%				
		Mains de Rossi			1	0,3%				
Total				45	322	100,0%	322	100,0%	322	**100,0%**

3 Table des figures

Figure 1 : Cavité buccale 12
Figure 2 : Coupe sagittale de l'encéphale..... 13
Figure 3 : Points d'acupuncture dédiés au réflexe nauséeux 24
Figure 4 : Hypnos dieu du sommeil 26

4 Table des graphiques

Graphique 1 : Répartition de la population selon le sexe 39
Graphique 2 : Répartition de la population en fonction de l'année d'obtention du diplôme en chirurgie-dentaire. 40
Graphique 3 : Représentation descriptive de la population en fonction du nombre d'années d'experience en chirurgie-dentaire. 40
Graphique 4 : Formation à l'hypnose médicale. 42
Graphique 5 : Répartition de la population en fonction de l'année de réalisation de la formation en hypnose médicale 42
Graphique 6 : Répartition de la population en fonction de l'expérience réelle en hypnose médicale. 43
Graphique 7 : Représentation descriptive de la population en fonction du nombre d' années d'experience en hypnose médicale. 43
Graphique 8 : Domaines d'utilisation de l'hypnose médicale en cabinet dentaire. ... 45
Graphique 9 : Autres domaines d'utilisation de l'hypnose médicale en cabinet dentaire..... 45
Graphique 10 : Prévalence de la patientèle à réflexe nauséeux. 46
Graphique 11 : Changement du mode de prise en charge du réflexe nauséeux pour l'hypnose médiacle. 47
Graphique 12 : Proportion des alternatives au réflexe nauséeux 48
Graphique 13 : Changement de la prise en charge du réflexe nauséeux par l'hypnose médicale en fonction du sexe. 49
Graphique 14 : Changement de la prise en charge du réflexe nauséeux par l'hypnose médicale en fonction de l'expérience en chirurgie-dentaire. 49
Graphique 15 : Changement de la prise en charge du réflexe nauséeux par l'hypnose médicale en fonction de l'expérience..... 50

Graphique 16 : Efficacité subjective de l'hypnose médicale sur le réflexe nauséeux. 51
Graphique 17 : Efficacité observée de l'hypnose médicale sur le réflexe nauséeux en fonction du sexe. 52
Graphique 18 : Moyennes de l'efficacité obtenue par l'hypnose médicale en fonction du sexe. 52
Graphique 19 : Coefficients normalisés de l'efficacité obtenue en fonction du sexe. 53
Graphique 20 : Efficacité observée de l'hypnose médicale en fonction de l'expérience en chirurgie-dentaire. 54
Graphique 21 : Moyennes de l'efficacité obtenue par l'hypnose médicale en fonction de l'expérience en chirurgie-dentaire. 54
Graphique 22 : Coefficients normalisés de l'efficacité obtenue en fonction de l'expérience en chirurgie-dentaire. 56
Graphique 23 : Efficacité observée de l'hypnose médicale sur le réflexe nauséeux en fonction de l'expérience en hypnose médicale.. 56
Graphique 24 : Moyennes de l'efficacité obtenue par l'hypnose médicale en fonction de l'expérience en hypnose médicale. 57
Graphique 25 : Coefficients normalisés de l'efficacité obtenue en fonction de l'expérience en hypnose médicale. 58
Graphique 26 : Fréquence d'évocation des grands thèmes dans les scripts d'hypnose médicale. 60
Graphique 27 : Année de réalisation de la formation en hypnose médicale 62

5 Table des schémas

Schéma 1 : Arc réflexe 11
Schéma 2 : Voies d'acheminement des stimuli émétisants au centre du vomissement 14
Schéma *3* : Niveaux de conscience 27
Schéma 4 : Déroulement d'une séance d'hypnose médicale. 32
Schéma 5 : Cercle de contrôle, entretien et approfondissement de la transe hypnotique 35

6 Table des tableaux

Tableau 1 : Expérience en chirurgie-dentaire en fonction du sexe. 41
Tableau 2: Catégorisation de la population en fonction de l'expérience en chirurgie dentaire..... 41
Tableau 3 : Expérience en hypnose médicale en fonction du sexe. 44
Tableau 4 : Catégorisation de la population en fonction de la pratique de l'hypnose médicale. 44
Tableau 5 : Caractéristiques des moyennes d'efficacité observées en fonction du sexe. 53
Tableau 6 : Caractéristiques des moyennes d'efficacité observée en fonction de l'expérience en chirurgie-dentaire. 55
Tableau 7 : Caractéristiques des moyennes d'efficacité observée en fonction de l'expérience en hypnose médicale. 57
Tableau 8 : Occurrence d'évocation des grands thèmes dans les scripts d'hypnose médicale. 60
Tableau 9 : Rectificatif de la répartition du panel par les formations suivies. 61

Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

Vu, la Directrice de l'UFR des Sciences Odontologiques,

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

Mélissa Mahé le 23 octobre 2017

Thèse pour l'obtention du DIPLOME d'ETAT de DOCTEUR en CHIRURGIE DENTAIRE 2017 - n° 76

Discipline : odontologie générale

Prise en Charge du Réflexe Nauséeux par L'hypnose Médicale au cabinet Dentaire : Évaluation des Pratiques Professionnelles.

Résume : **Objectif :** L'hypnose médicale est de plus en plus utilisée dans les services médicaux. Son action sur le stress et la douleur est largement documentée. Cependant, ses modalités d'utilisation et son efficacité concernant le réflexe nauséeux restent peu reportées. Ainsi une évaluation des pratiques professionnelles a été réalisée pour évaluer l'utilisation et l'efficacité observée par des praticiens formés à l'hypnose médicale sur le réflexe nauséeux. **Méthodes :** L'évaluation des pratiques professionnelles a été réalisée à l'aide d'un questionnaire envoyé à des praticiens ayant reçu une formation privée à l'hypnose médicale. Les réponses ont été recueillies durant 1 mois puis analysées à l'aide des logiciels Excel et Xlstat. **Résultats** : A la suite de leur formation à l'hypnose médicale, une majorité de praticiens changent leur prise en charge du réflexe nauséeux par ce procédé. Il ressort que les praticiens ont observé des résultats très satisfaisants concernant cette pratique et ce, quels que soient leur sexe, leur expérience en chirurgie-dentaire ou encore leur expérience en hypnose médicale. **Conclusion** : Cette évaluation des pratiques professionnelles montre que l'hypnose médicale est privilégiée chez les praticiens la pratiquant, par rapport à d'autres solutions sur le réflexe nauséeux. Ils la définissent comme efficace voire très efficace. Cependant, cette évaluation atteint ses limites quant à l'explication de caractéristiques concernant les patients traités et les modalités des soins effectués au cours des séances d'hypnose. Il paraît donc nécessaire de conduire d'autres études plus poussées et complètes afin de pouvoir mieux apprécier les effets de l'hypnose médicale sur les patients à réflexe nauséeux hyper développé lors de soins dentaires.

Mots-clés : réflexe nauséeux, dentaire, hypnose médicale, évaluation pratiques professionnelles.

Summary : Management of gagging through medical hypnosis in dental care.Professionnal practice assesment.

Objective: Hypnosis is more often used in the medical area. Its action over stress and pain are widely documented, however its use and efficiency according gag reflex stays little related. Thus, an analysis of professional practices was conducted to assess the utilization and the effects of hypnosis used by trained practitioners on patients presenting a gag reflex. **Methods**: An analysis of professional practices was conducted thanks to a survey send to practitioners formed to medical hypnosis during a private training. Answers have been gathered during a month and analyzed via software such as Excel and Xlstat. **Results:** In the wake of their medical hypnosis's training a majority of practitioners their way of taking care of a patient presenting a severe gag reflex. Results indicated that practitioners were very satisfied about this process regardless of parameters such as sex, dentist-expertise or hypnosis-expertise. **Conclusion:** This analysis of professional practices demonstrated that medical hypnosis is favored, among trained practitioners, rather other process regarding gag reflex. Their find it effective or even very effective. However this evaluation reach its limits concerning details about care characteristics and treated patients undergoing a hypnosis session. It is therefore necessary to conduct further studies to confirm the effects of hypnosis on patients presenting a gag reflex during dental treatments.

Key-words : Dental, Gag Reflexe, Gagging, Medical Hypnosis, Dental Hypnosis, Hypnotherapy, Hypnoses, Professional Practice Assessment

Université de Bordeaux – Collège des Sciences de la Santé.

UFR des Sciences Odontologiques 16 à 20, cours de la Marne 33082 Bordeaux. Tél. 05 57 57 30 01 Fax. 05 57 57 30 10