



HAL
open science

Hypnose et chirurgie buccale : de la physiopathologie à la prise en charge pratique pré-, per- et post-opératoire

Najla Khouader Petit

► **To cite this version:**

Najla Khouader Petit. Hypnose et chirurgie buccale : de la physiopathologie à la prise en charge pratique pré-, per- et post-opératoire. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01815347

HAL Id: dumas-01815347

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01815347>

Submitted on 14 Jun 2018

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.



UNIVERSITÉ
**PARIS
DESCARTES**

MEMBRE DE

U-PC
Université Sorbonne
Paris Cité

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2018

N°014

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 25 janvier 2018

Par

Najla KHOUADER PETIT

Hypnose et chirurgie buccale : de la physiopathologie à la prise en charge pratique pré-, per- et post-opératoire

Dirigée par Mme le Docteur Ilanit Elbaz-Cohen

JURY

Mme le Professeur Marie-Laure Colombier

Président

Mme le Professeur Loredana Radoi

Assesseur

M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

Assesseur

Mme le Docteur Ilanit Elbaz-Cohen

Assesseur

Mme le Docteur Cécile Arrieta

Invité

Tableau des enseignants de la Faculté

DÉPARTEMENTS	DISCIPLINES	PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS	MAÎTRES DE CONFÉRENCES
1. DÉVELOPPEMENT, CROISSANCE ET PRÉVENTION	ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE	Mme DAVIT-BÉAL Mme VITAL	M. COURSON Mme DURSUN Mme JEGAT Mme SMAIL-FAUGERON Mme VANDERZWALM
	ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE		Mme BENAHMED M. DUNGLAS Mme KAMOUN-GOLDRAT Mme LE NORCY
	PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET ODONTOLOGIE LÉGALE	Mme FOLLIGUET	Mme GERMA M. PIRNAY M. TAVERNIER
2. CHIRURGIE ORALE, PARODONTOLOGIE, BIOLOGIE ORALE	PARODONTOLOGIE	Mme COLOMBIER Mme GOSSET	M. BIOSSE DUPLAN M. GUEZ
	CHIRURGIE ORALE	M. MAMAN Mme RADOI	Mme EJEIL M. GAULTIER M. HADIDA M. MOREAU M. NGUYEN
	BIOLOGIE ORALE	Mme CHAUSSAIN M. GOGLY Mme SÉGUIER Mme POLIARD M. ROCHEFORT (PU associé)	M. ARRETO Mme BARDET (MCF) Mme CHARDIN Mme CHERIFI (MCU associée) M. FERRE M. LE MAY
3. RÉHABILITATION ORALE	DENTISTERIE RESTAURATRICE ENDODONTIE	Mme BOUKPESSI Mme CHEMLA	Mme BERÈS (MCU associée) Mme BESNAULT M. BONTE Mme COLLIGNON (MCU associée) M. DECUP Mme GAUCHER
	PROTHÈSES	M. POSTAIRE	M. CHEYLAN M. DAAS M. DOT M. EID Mme FOUILLOUX-PATEY Mme GORIN M. RENAULT M. RIGNON-BRET M. TIRLET M. TRAMBA Mme WULFMAN
	FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATÉRIAUX		M. ATTAL Mme BENBELAID Mme BENOÎT A LA GUILLAUME (MCF) M. BOUTER M. CHARRIER M. CHERRUAU M. FLEITER Mme FRON CHABOUIS Mme MANGIONE (MCU associée) M. SALMON Mme TILOTTA
	PROFESSEURS ÉMÉRITES	M. BÉRENHOLC Mme BRION M. LASFARGUES M. LAUTROU M. LEVY	M. PELLAT M. PIERRISNARD M. SAFFAR Mme WOLIKOW

Mise à jour le 18 décembre 2017

Remerciements

À Mme le Professeur Marie-Laure Colombier

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université de Paris Descartes

Habilitée à Diriger des Recherches

Professeur des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Qui me fait l'honneur de présider mon jury. Durant ma formation, j'ai pu apprécier la clarté et la maîtrise avec laquelle vous savez transmettre l'essentiel de votre immense savoir. Je vous témoigne toute ma reconnaissance et ma sincère admiration.

À Mme le Docteur Loredana Radoi

Docteur en Chirurgie dentaire

Spécialiste qualifiée en Chirurgie orale

Ancien Interne des Hôpitaux

Docteur de l'Université Paris Sud

Professeur des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Qui me fait l'immense plaisir de siéger dans ce jury. Vous m'avez soutenue pendant mes toutes premières chirurgies. J'y ai pris goût et j'ai beaucoup appris à vos côtés. Veuillez accepter l'expression de mon profond respect et toute ma gratitude.

À M. le Docteur Jean-Claude Tavernier

Docteur en Chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Paris Descartes

Docteur en Sciences odontologiques

Maître de Conférences des Universités, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Praticien Hospitalier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Chevalier de l'ordre national du mérite

Officier de l'ordre des palmes académiques

Qui m'honore par sa présence. Merci infiniment de m'avoir permis d'exercer au sein de l'hôpital militaire de Percy. Cette expérience fût des plus épanouissantes. Je vous remercie du fond du cœur pour votre grande gentillesse.

À Mme le Docteur Ilanit Elbaz-Cohen

Docteur en Chirurgie dentaire

Assistant Hospitalo-Universitaire, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Qui me fait l'honneur de diriger cette thèse. Merci d'avoir porté un intérêt certain pour ce sujet et d'avoir toujours su vous montrer à l'écoute. Je vous présente toute ma reconnaissance pour votre accompagnement durant ces années d'études enrichissantes.

À Mme le Docteur Cécile Arrieta

Docteur en Chirurgie dentaire

Assistant Hospitalo-Universitaire, Faculté de Chirurgie dentaire Paris Descartes

Qui me fait l'immense plaisir de faire partie de mon jury. Merci pour votre constante bonne humeur et votre gentillesse durant ma formation. Vous trouvez toujours les mots justes pour vos élèves et vos patients. Je vous témoigne toute ma gratitude.

À ma maman, mon père et ma grand-mère,
Merci simplement d'être là,
Je ne serais pas là où j'en suis sans vous aujourd'hui.
Je vous aime.

À ma sœur,
Toi qui comptes tant pour moi.
J'espère toujours t'avoir à mes côtés.

À ma grande famille, sans frontières,
Merci à vous pour les bons souvenirs passés et à venir.

À mes amis,
À mon binôme de choc, qui a su m'épauler et me canaliser quand il le fallait.

À toi Arlo, on s'est bien trouvées et on fait la paire !

À toi ma Chouquette, pour ta pierre à l'édifice, ta patience et ta disponibilité tu as toujours su m'aider et être là quand j'en avais besoin. Un grand merci !

À toi Daniel pour ta précieuse amitié et toutes les découvertes que nous avons faites.

À tous les « bébés dentistes » devenus grands qui étaient à mes côtés pendant toutes ces années !
Merci pour tous les bons moments.

À tous mes amis, les nouveaux et ceux de toujours, qui se reconnaîtront même s'ils sont parfois trop loin...

À la team UCPA Kénya : No Matata ! Merci pour ces bons moments et ces folles aventures !

À vous tous,
À mes professeurs et aux praticiens avec qui j'ai pu travailler dans la joie et la bonne humeur. Merci pour votre enseignement de grande qualité.

À « Dent L'Hypnose » et Joël Zimmer, qui m'ont guidée et aidée à démarrer.
Un grand merci.

À Papy JP pour la qualité de sa relecture !

À toute l'équipe extraordinaire du cabinet du Maine !

À l'air pur de la campagne, à Marie Claude, à Nissou et à Mr. Bauchet qui m'ont chacun sauvée à leur manière.

À mon inconscient, qui s'est donné à 100% ! Merci d'avoir su trouver les mots.

Table des matières

INTRODUCTION.....	3
1 : UN PEU D’HYPNOSE... ..	5
1.1 L’HISTOIRE DE SES DÉBUTS	5
1.1.1 <i>Ses prémices, en Mésopotamie, en Égypte et en Grèce</i>	<i>5</i>
1.1.2 <i>Le magnétisme animal</i>	<i>7</i>
1.1.3 <i>L’hypnose médicale</i>	<i>10</i>
1.2 MILTON ERICKSON (1901-1980) ET L’HYPNOSE MODERNE.....	14
1.3 LES BASES DE LA TECHNIQUE HYPNOTIQUE.....	17
1.4 LA SUGGESTIBILITÉ ET LES ÉCHELLES DE SUSCEPTIBILITÉ HYPNOTIQUE	22
1.5 LA PRATIQUE COURANTE AU CABINET DENTAIRE	23
1.5.1 <i>Le choix de l’ambiance « hypnotique » du cabinet.....</i>	<i>24</i>
1.5.2 <i>La connaissance de son patient.....</i>	<i>25</i>
1.5.3 <i>Comment introduire l’hypnose dans la consultation ?.....</i>	<i>26</i>
1.5.4 <i>Le bon usage des mots</i>	<i>27</i>
1.5.5 <i>Le langage non verbal</i>	<i>29</i>
1.5.6 <i>Remettre les « clés » de l’outil hypnotique au patient</i>	<i>30</i>
2 : LA PHASE PRÉ-OPÉRATOIRE ET LA PRÉPARATION DU PATIENT	31
2.1 LA RELATION PRATICIEN-PATIENT ET L’ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE.....	31
2.2 LES PRINCIPALES ANGOISSES DU PATIENT	32
2.2.1 <i>Appréhension de la perte d’une ou de plusieurs dents.....</i>	<i>32</i>
2.2.2 <i>La peur d’avoir mal.....</i>	<i>33</i>
2.2.3 <i>L’aversion du sang.....</i>	<i>34</i>
2.2.4 <i>Les bruits anxiogènes</i>	<i>35</i>
2.3 LE STRESS DU PRATICIEN	36
2.4 LA MISE EN CONDITIONS.....	38
3 : LA PHASE PER-OPÉRATOIRE ET LE DÉROULEMENT DE L’ACTE CHIRURGICAL.....	41
3.1 LE SYSTÈME NERVEUX AUTONOME.....	41
3.2 L’ANESTHÉSIE.....	42
3.3 LE RÉFLEXE NAUSÉÉUX.....	46
3.4 LE FLUX SANGUIN.....	50
3.5 LE DÉBIT SALIVAIRE.....	52

3.6 LA DOULEUR	53
3.7 LA DURÉE DU SOIN	55
4 : LA PHASE POST-OPÉRATOIRE VUE EN DÉTAILS	56
4.1 LES CONSEILS POST-OPÉRATOIRES.....	56
4.2 LES PRESCRIPTIONS POST-OPÉRATOIRES	58
4.3 LE SYSTÈME IMMUNITAIRE	59
4.4 LES SOUVENIRS DE L'ACTE OPÉRATOIRE.....	60
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	63
TABLE DES FIGURES.....	67

Introduction

En Europe, 15% des habitants sont effrayés à la simple idée d'aller chez le dentiste, contre 13% en France. De plus, il s'avère que 58% des Français ne se rendent au cabinet dentaire qu'en cas de problème avéré (IPSOS 2012). Et pourtant, 81% d'entre eux ont une très bonne opinion de la qualité des soins délivrés par les chirurgiens-dentistes (DREES 2013).

L'hypnose thérapeutique est en plein essor et beaucoup de professionnels de santé, y voyant là un outil incontournable, se forment de nos jours à sa pratique.

Par exemple, au CHRU de Tours, les équipes de neurochirurgie des Professeurs Destrieux et Velut, opèrent des tumeurs du cerveau, en chirurgie éveillée sous hypnose !

Ajoutons que dans les universités d'odontologie canadiennes et américaines, l'hypnose est enseignée en tant que discipline à part entière depuis les années quatre-vingt et fait ainsi partie intégrante du cursus des futurs chirurgiens-dentistes. Il en est de même en Belgique et dans les états scandinaves qui la considèrent comme une discipline indissociable de leur enseignement odontologique.

À partir de ce constat, il semble légitime de se poser plusieurs questions :

Serait-il possible, que l'hypnose s'invite encore plus dans nos cabinets dentaires pour nous permettre d'exercer notre métier différemment ? Pourrait-on l'appliquer à nos patients voire aux équipes soignantes ? Pouvons-nous envisager que cet outil novateur devienne indispensable à notre pratique et que nos patients en soient même les premiers demandeurs ?¹ Comment sa mise en place peut-elle être intégrée dans le cadre de la chirurgie orale et qu'a-t-elle alors à nous (patients et praticiens) apporter au quotidien ?

C'est au travers d'un travail de recherche, regroupant différents articles, livres et thèses universitaires, mais aussi au travers de rencontres et discussions avec des praticiens avertis, que nous avons décidé d'étudier les différents aspects de l'hypnose pouvant être intégrés à la pratique de la chirurgie orale.

Dans un premier temps, nous aborderons l'histoire de l'hypnose en développant son côté thérapeutique qui est un aspect assez méconnu². Dans un second temps nous nous concentrerons sur son intégration à la chirurgie orale. Pour cela, nous articulerons notre réflexion à travers les trois temps

¹ Jugé et Tubert-Jeannin, « Effets de l'hypnose lors des soins dentaires ».

² Gay, « L'hypnose : un descriptif ».

opératoires propres à chaque intervention chirurgicale : les phases pré-opératoire, puis per-opératoire et post-opératoire. C'est ainsi que nous pourrions mieux évaluer l'influence de la pratique hypnotique sur notre soin chirurgical ; depuis la préparation psychologique du patient, jusqu'à sa cicatrisation totale, qu'elle soit physique ou même psychique.

1 : Un peu d'hypnose...

1.1 L'histoire de ses débuts

Il convient pour commencer de poser certaines bases et de s'interroger sur les fondements du concept hypnotique tel qu'on le connaît et tel qu'on l'applique en médecine aujourd'hui. Nous ne verrons pas en détails tous les événements hypnotiques, mais nous en aborderons les principaux et les plus marquants. Car l'hypnose quelle que soit sa forme, est présente depuis les premiers hommes, et le but ici n'est pas d'aller si loin.

Pour cela, mettons-nous en condition d'imagination, laissons-nous aller, tranquillement, à travers les âges et osons alors remonter le temps. Laissons-nous porter par notre imaginaire, doucement, et voyageons, pour mieux découvrir, et mieux comprendre...

1.1.1 Ses prémices, en Mésopotamie, en Égypte et en Grèce

C'est en Mésopotamie (Irak actuelle), avec les Sumériens, que nous allons commencer notre voyage. Remontons loin en arrière, il y a maintenant plus de 6 000 ans, à Sumer³, où les habitants de l'époque utilisaient déjà le langage pour « transporter » leurs malades. Le sumérien est connu comme étant la plus ancienne langue écrite du monde. C'est grâce à un manuscrit cunéiforme de ce temps lointain que nous avons les prémices de ce qu'on appellera l'hypnose. Ce vestige nous apporte une description des étapes de la transe hypnotique que nous verrons prochainement. Il relate également les rétablissements obtenus par un état modifié de conscience chez des patients que l'on croyait perdus.

Déplaçons-nous maintenant vers l'Égypte... En 1972, Musès, un archéologue américain, découvre une stèle datant d'il y a 3 000 ans, époque de Ramsès II, troisième pharaon de la 19^{ème} dynastie. Cette découverte nous a permis de prendre connaissance de la description d'une séance d'hypnose égyptienne durant laquelle le pharaon utilisait des effets hypnotiques pour motiver ses troupes avant le combat. C'est l'énergie vitale des Égyptiens, aussi nommée « Ka », et que l'on retrouve en médecine chinoise encore aujourd'hui sous le terme de « Qi »⁴.

³ Moreni et Barber, « Origines et histoire de l'hypnose ».

⁴ Delzangles, *Hypnose et odontologie : osez le voyage...*

Nous pouvons ajouter à ceci la découverte du papyrus Ebers, qui recense à lui seul pas moins de 700 techniques thérapeutiques de l'Égypte ancienne, dont certaines se rapprochant beaucoup des inductions hypnotiques dont nous parlerons un peu plus tard.

Avançons un peu dans le temps pour arriver en Grèce auprès de Socrate, philosophe de l'Antiquité qui se décrit comme un « accoucheur d'âmes ». Il explique que parler aux malades d'une tonalité rythmée et sereine - le fameux *terpnos logos* dont s'inspire la sophrologie actuelle - va les aider à modifier leur état d'esprit et à augmenter ainsi leur réceptivité en les rendant plus ouverts aux paroles du guérisseur. Antiphon d'Athènes, au même moment, affirme sur la façade de sa demeure - comme cela se fait en ce temps - qu'il « guérit avec les mots ». En effet, ce poète de l'époque avait développé une technique avec laquelle il soulageait et consolait les malades par la parole. Nous sommes là face aux fondations des fondamentaux hypnotiques.

Dans l'Antiquité grecque toujours, à Delphes plus précisément, la pythie⁵ est la prêtresse du temple d'Apollon. Chaque 7 du mois de Bysios, jour anniversaire du Dieu, elle rend ses oracles à travers un état de transe qui lui permet de retranscrire aux mortels les paroles divines.

Rappelons-nous maintenant le mythe d'Orphée et de sa bien-aimée Eurydice. Souvenons-nous comment Orphée, après avoir perdu sa belle le jour de leurs noces, alla jusqu'au royaume des enfers avec sa lyre aidée de laquelle il endormit tout d'abord Cerbère le féroce, puis apaisa le Dieu Hadès, cet être si insensible...

Homère⁶ dans l'*Odyssée* nous fait part des aventures d'Ulysse, et comment il est blessé lors d'une partie de chasse. Ses compagnons pour le soigner vont alors dans un premier temps, purement médical, bander la plaie puis utiliser une incantation pour stopper l'hémorragie grâce au « pouvoir guérisseur de leurs mains ».

Dans l'*Illiade* cette fois, il nous conte la mésaventure d'Enrypylos qui est blessé par une flèche. Nous apprenons alors comment son compagnon Patrocle « le charmait par ses propos, et sur sa blessure douloureuse répandait les remèdes qui guérissent les noires douleurs » (*Illiade*, chant XV, 392-394).

Finalement, sur tous les continents nous avons retrouvé des traces, à différents moments de l'espace-temps, de coutumes, de rites, d'expériences de soins, que ce soit par des sorciers africains, des druides

⁵ Moreni et Barber, « Origines et histoire de l'hypnose ».

⁶ Delzangles, *Hypnose et odontologie : osez le voyage...*

d'Europe, des chamanes de Sibérie et d'Amérique, des prêtres, des moines Shaolin des charlatans, des scientifiques, qui mélangent à certains degrés des fragments de notre hypnose actuelle⁷.

Effectuons maintenant un bond dans le temps pour nous pencher sur les débuts plus scientifiques de la découverte de l'hypnose, et voyons comment ce terme alors inexistant est né.

1.1.2 Le magnétisme animal

1.1.2.1 Paracelse (1493-1541)

Paracelse était un génie incompris en son temps. À la fois médecin-chirurgien et philosophe, il a de par ses travaux - souvent critiqués - impulsé le changement de la médecine dite galéniste (avec sa théorie des humeurs fondée par Hippocrate) vers une médecine plus moderne, ceci en donnant une place à la physiologie expérimentale.

Avec ces progrès, il considère toutefois que la puissance de l'âme peut lui permettre d'agir de l'extérieur sur le corps qu'elle contrôle, et ainsi se déployer pour influencer la vision et les interprétations des autres. L'imagination a donc pour lui une place importante et c'est elle qui permet d'acquérir le pouvoir d'agir sur autrui, ou de révéler les puissances internes au sujet.

Il prône également une influence des planètes sur le corps humain⁸, ce qui n'est pas sans nous évoquer l'existence d'un certain fluide universel...

1.1.2.2 Franz Anton Mesmer (1734-1815)

C'est dans les années 1770, que le père Gassner libère ses fidèles des démons par des inductions verbales au cours d'exorcismes. La sortie des esprits maléfiques du corps humain va alors s'interpréter par les changements d'états de conscience au moment de la transe, mais également par les mouvements qui paraissent incontrôlés, comme démoniaques.

Mesmer, qui est chargé par l'Académie des Sciences de Munich de donner son avis sur ces pratiques, affirme alors que le père Gassner, lors de ses exorcismes, appliquait en fait le « magnétisme animal » (d'anima = l'âme) sans s'en rendre compte.

La théorie du « magnétisme animal » de Mesmer va permettre de couper tout rapport à la religion et au surnaturel en remettant le « pouvoir » entre les mains du « magnétiseur » et de la science, à des

⁷ Delzangles.

⁸ Moreni et Barber, « Origines et histoire de l'hypnose ».

fins thérapeutiques. Mesmer avait en effet l'ambition d'expliquer de façon rationnelle ces phénomènes de « transe » et autres manifestations encore obscures.

C'est donc avec Mesmer, médecin viennois venu à Paris vers la fin du 18^{ème} siècle, que commencent réellement les débuts de l'hypnose, bien que le terme en lui-même n'existe pas encore.

Sa théorie était fondée sur l'existence d'un « fluide magnétique universel » capable de créer des interrelations entre les êtres, la terre et les corps célestes. Si l'équilibre de ce fluide venait à se rompre et qu'un blocage se faisait dans le corps, empêchant ainsi la libre circulation du fluide et sa bonne répartition au sein de l'organisme ; alors la maladie se déclenchait. C'est selon lui le magnétiseur qui a le pouvoir de canaliser ce fluide et de rendre l'équilibre dans le corps du patient, à l'aide de « passes mesmériennes ». La « crise magnétique » et ses manifestations physiques parfois spectaculaires, va alors correspondre au moment clé où le magnétiseur, en contrôlant le fluide, lève les blocages internes du corps pour rétablir l'équilibre et obtenir ainsi la guérison du patient.

Pour la première fois, des praticiens vont donc chercher à induire volontairement des phénomènes qui évoquaient auparavant des lois surnaturelles.

Pour contrôler le fluide réparateur lors de ces passes magnétiques, le thérapeute dispose d'outils pour l'aider à le manier tels que ses mains, une baguette de métal mais aussi et surtout le célèbre « baquet »⁹ ; une sorte de concentrateur de fluide.

La mise en scène était la suivante : le baquet, sorte de gros fût en chêne, était placé au centre et les patients, reliés entre eux par des cordes, formaient un cercle autour de cet objet stratégique. Des tiges en métal sortaient du couvercle du baquet, reliant les parties du corps malades avec l'intérieur de l'engin ; dans lequel se trouvait une couche de verre pilé et de limaille de fer, sur laquelle des bouteilles étaient ordonnées symétriquement vers l'intérieur et l'extérieur. Le reste de la mise en scène était orchestré par Mesmer et ses acolytes équipés de leurs baguettes de fer, avec lesquelles ils touchaient les patients lors de leurs « passes ». Souvent, un air de piano et une lumière d'ambiance tamisée accompagnaient le spectacle pour accroître la dimension magnétique.

Le baquet relit donc les malades entre eux et permet des échanges de fluides sous les passes des magnétiseurs pour un traitement collectif allant jusqu'à trente personnes ! Devant le succès de ses thérapies et face au flux incessant de patients, Mesmer dû en effet développer ce procédé pour faire

⁹ Moreni et Barber.

face à la demande toujours croissante. Il y avait même un baquet gratuit réservé aux pauvres gens, mais il était réputé moins efficace...

Figure 1 : Le magnétisme animal, séance du baquet de Messmer



Source : Artiste inconnu, Le magnétisme animal, vers 1780

Lors de ces séances, Mesmer observe des phénomènes contagieux par induction du fluide, tels que des crises convulsives impressionnantes sur des gens de la haute société.

Devant l'engouement général que suscite cette pratique, Louis XVI va nommer en 1784 deux commissions qui seront chargées d'étudier et de juger les procédés mesmériens.

Les rapports officiels concluent donc que « l'imagination sans magnétisme produit des convulsions, le magnétisme sans imagination ne produit rien... ». De plus, dans un rapport secret connu du roi seul, les commissaires tirent la conclusion que le magnétisme est dangereux pour les mœurs. En effet, les contacts physiques ayant parfois lieu entre magnétiseur et magnétisé étaient alors très mal vus. Cependant, Jussieu, l'un des commissaires, n'est pas de l'avis de ses collègues et décide quant à lui de publier un contre-rapport dans lequel il affirme que « l'influence physique de l'homme sur l'homme, avec ou sans attouchement, doit être admise ».

En France, après la publication de ses rapports officiels, la Faculté de Médecine exigera qu'aucun médecin ne pratique le magnétisme animal ou ne l'enseigne. Mesmer est totalement discrédité et le magnétisme animal est interdit. Au 19^{ème} siècle, les pratiques des magnétiseurs seront même assimilées à de l'escroquerie et considérées comme de l'exercice illégal de la médecine avec la loi de Ventôse, An XI, article 35.

En revanche, dans le monde anglophone, la renommée de Mesmer sera telle que le mot hypnotiser se dit à la fois « to hypnotize » mais aussi « to mesmerize ». Sa forme adjectivale « mesmerizing » est aussi utilisée avec le sens de fascinant...

Mesmer a ainsi posé les bases de l'hypnose moderne, mais il a accordé toutefois plus d'importance au magnétiseur, qu'il a doté d'un pouvoir, plutôt qu'au patient.

1.1.3 L'hypnose médicale

1.1.3.1 James Braid (1795-1860)

James Braid, chirurgien écossais, est l'inventeur du terme hypnose. C'est à lui que l'on doit également la transition entre le magnétisme animal de Mesmer et cette dernière. En effet, il réfute la présence de tout fluide existentiel et considère l'hypnose comme un état neurologique spécifique. Pour provoquer un état d'hypnose, il remplace la méthode de « passe mesmérisme » avec focalisation de l'attention du patient sur le magnétiseur, par une méthode d'induction visuelle avec fixation de l'attention sur un objet brillant quelconque. Cet objet est tenu par le thérapeute au-dessus du front, si haut que les yeux demandent une concentration et un effort important pour le regarder fixement sans bouger la tête. Dans sa démarche, il est également primordial que le patient comprenne l'importance de conserver son regard fixe et l'attention de son esprit concentrée uniquement sur cet objet. L'hypnose est donc une conséquence physiologique provoquée par l'effort de concentration des centres nerveux oculaires. L'effort mental du patient et sa concentration sont tellement forts qu'il devient alors indifférent à ce qui l'entoure.

Pour Braid, l'hypnose est une sorte de sommeil nerveux « déterminé par des manœuvres artificielles ou encore, un état particulier du système nerveux, amené par la concentration fixe et abstraite de l'œil mental, sur un objet, qui n'est pas lui-même de nature excitante¹⁰ ». Il considère ce sommeil nerveux comme un état particulier propre à l'hypnose et bien sûr différent du sommeil normal. En ce sens, il est un précurseur des idées et de la théorie de Charcot.

¹⁰ Braid, « Neurypnology; or, the rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism ».

C'est au professeur Eugène Azam, chirurgien bordelais, que l'on doit la conception du « dédoublement de la personnalité », précurseur du processus de « dissociation » que l'on retrouve dans l'hypnose actuelle. C'est en étudiant des malades atteints d'hystérie - et plus particulièrement la patiente Félida sur laquelle il publia trois ouvrages - qu'il en vient à cette nouvelle théorie.

Dans les années 1860, c'est avec l'aide de ses collègues Velpeau et Broca qu'il a fait connaître en France les travaux de James Braid sur l'hypnose. Ils iront jusqu'à rendre compte devant l'Académie des Sciences du déroulement d'une intervention chirurgicale sous anesthésie hypnotique. C'est en effet à l'hôpital Necker, en 1859, qu'ils ont pratiqué l'exérèse d'une tumeur anale sous anesthésie hypnotique, en se servant de la méthode de Braid¹¹. Cette intervention, particulièrement douloureuse pour le patient en temps normal, fût couronnée de succès. L'emploi des techniques d'hypnose en anesthésie date donc du XIXème siècle !

Après ces évènements et découvertes importants, arrive enfin l'âge d'or de l'hypnose en France grâce aux écoles de Paris et de Nancy.

1.1.3.2 Jean-Martin Charcot (1825-1893)

À Paris, le Professeur Charcot, enseignant d'anatomo-pathologie à l'Université, fonde tout comme Eugène Azam, l'ensemble de ses recherches sur l'hystérie.

C'est d'ailleurs grâce à l'ensemble de ses travaux et de sa technique d'anatomo-pathologie, que l'hystérie fût considérée comme une entité à part entière. Son équipe a permis de prendre conscience que les malades soupçonnés auparavant de simulations étaient bien atteints de cette pathologie jusqu'alors dénigrée. Les maladies mentales commencent enfin à être sérieusement analysées.

C'est en 1878, à l'apogée de sa carrière de médecin et après avoir été nommé membre de l'Académie de Médecine, qu'il commence à s'intéresser à l'hypnose sous l'influence de Charles Richet. Il l'appréhende au travers de ses patients hystériques et en s'appuyant beaucoup sur ses connaissances - mondialement reconnues - de neurologie. En ce sens, il va donner beaucoup d'importance aux réflexes et aux réactions motrices physiologiques que les corps exprimaient sous hypnose. Il ne s'intéresse pas suffisamment à l'aspect psychologique et aux suggestions verbales. Pour lui, l'état hypnotique était à considérer comme un état somatique, voire une névrose, propre à l'hystérie. Il utilisera donc l'hypnose de manière expérimentale pour reproduire la crise hystérique.

¹¹ Moreni et Barber, « Origines et histoire de l'hypnose ».

Mais Charcot et ses travaux n'étaient pas pris au sérieux par tous et beaucoup lui reprochèrent une mise en scène trop théâtrale. Ses cours, ouverts au public, ont fait dire à certains que ce n'était ni plus ni moins qu'un rendez-vous mondain où le tout Paris se retrouvait.

Figure 2 : Charcot se tenant face à ses élèves avec sa célèbre patiente Blanche Wittmann



Source : André Brouillet, Une leçon clinique à la Pitié Salpêtrière, 1887

On lui doit tout de même l'introduction de l'hypnose à l'hôpital et plus particulièrement à La Pitié Salpêtrière, où il exerce au sein de la clinique neurologique qu'il a fondée.

Il est en complète opposition avec l'école de Nancy, qui accorde quant à elle beaucoup plus d'importance aux pouvoirs des mots sur les maux.

1.1.3.3 Hippolyte Bernheim (1837-1917)

À Nancy, Ambroise-Auguste Liébaud étudie l'hypnose dans un premier temps à travers le magnétisme animal, puis par les travaux de James Braid. Il finit par mettre l'accent sur la suggestion verbale pour induire l'état hypnotique et en fait alors la condition sine qua non de sa pratique. Il réfute le magnétisme animal et le jeu de « passes mesmériennes ». Selon lui, c'est la suggestion verbale qui est la clé de l'hypnose. En 1882, Bernheim s'intéresse à ses idées et vient le rencontrer. Il dira de lui : « Liébaud endort par la parole, et guérit par la parole ».

Les théories de Bernheim sont donc fondées sur les idées de Liébault, et c'est en ce sens que certains le considèrent comme le véritable fondateur de l'école de Nancy, aussi appelée « Nouvelle École » en opposition à celle de La Salpêtrière. Mais il est toutefois admis que c'est Bernheim qui en est le chef de file.

Pour Bernheim, l'hypnose n'est donc qu'un simple sommeil que l'on induit par la suggestion. Mais contrairement à ce que pense Charcot, lui accorde des possibilités thérapeutiques à l'hypnose quand Charcot n'y voit qu'un moyen expérimental d'étudier à loisir l'hystérie en reproduisant, via l'hypnose - et sans suggestion aucune -, ces crises qui lui sont si chères.

Bernheim s'opposera donc fermement à la théorie de Charcot et aux fondements de l'école de La Salpêtrière. Pour lui, la mise en scène opérée lors des représentations publiques est telle que ce qui se passe n'a pas lieu de se passer, car la suggestion n'est pas prise en compte lors des expériences. Charcot ne prend en effet pas en considération la puissance des mots, étant donné qu'il explique à son public - devant ses patients - ce qui est en train de se passer et ce qui va se produire par la suite. Ainsi, pour Bernheim, les résultats sont biaisés puisque les sujets réalisent les actes alors qu'ils savent pertinemment ce qui doit advenir. La théorie est donc faussée par un excès de manipulation. Il ira jusqu'à déclarer que : « L'hypnotisme de La Salpêtrière est un hypnotisme de culture ».

Avec ces deux écoles bien différentes et que tout oppose, c'est l'apogée de l'hypnose en France. Mais pour combien de temps encore...

1.1.3.4 Sigmund Freud (1856-1939)

Sigmund Freud bénéficie d'une bourse d'étude pour effectuer un voyage à Paris grâce à la Faculté de Médecine de Vienne. C'est ainsi qu'il rencontre Charcot et devient son disciple. Il assiste donc aux cours que ce dernier dispense à l'École de la Salpêtrière. Impressionné par les expériences de Charcot, il traduira plusieurs de ses ouvrages en allemand. Il commence ainsi à s'intéresser à l'hypnotisme. Cependant, bien qu'admiratif de Charcot, il rencontre également Bernheim et prendra en compte le rôle de la suggestion verbale dans l'hypnose. Il traduit également des œuvres de Bernheim dont « De la suggestion et de ses applications thérapeutiques ». Dans sa préface, il définira l'hypnose comme « une représentation consciente introduite dans le cerveau de l'hypnotisé par une influence extérieure et qui a été acceptée par lui comme s'il s'agissait d'une représentation surgie spontanément ».

Au fil de sa pratique sa pensée évolue et il prend conscience du rôle que peut jouer le vécu du patient dans sa guérison. Il décide alors de s'intéresser à la méthode cathartique de Breuer. Cela consiste à mettre le patient sous hypnose dans le but de lui faire revivre affectivement un traumatisme vécu et

enfoui dans son esprit. Il obtient ainsi de bons résultats. Cependant, il ira plus loin en abandonnant finalement l'hypnose, la suggestion et la méthode cathartique au profit du transfert, c'est-à-dire à la projection des sentiments du patient sur le thérapeute analyste. C'est avec cette nouvelle approche qu'il obtient plus d'informations sur le conflit interne de ses patients. Il crée ainsi la psychanalyse qui devient donc une nouvelle science à part entière dans le monde de la psychologie.

Bien que les idées de Charcot puis Bernheim l'aient tout d'abord séduit et orienté dans ses réflexions, il admettra en 1917 que « la psychanalyse proprement dite ne date que du jour où on a renoncé à avoir recours à l'hypnose ».

À la mort de Charcot, l'hypnose décline. Bien qu'en France elle soit donc tombée dans l'oubli, il n'en est heureusement pas de même dans tous les pays.

1.2 Milton Erickson (1901-1980) et l'hypnose moderne

Milton Hyland Erickson est un célèbre psychiatre américain qui a su redonner un souffle à l'hypnose. On ne peut comprendre son cheminement et parler de lui sans évoquer un minimum son passé chaotique et tenter d'en percer les secrets.

1.2.1.1 Ses expériences personnelles

Milton est donc issu d'une famille modeste, et très vite la vie ne lui fait pas de cadeaux. En effet, il est atteint de plusieurs handicaps mis à jour au cours de sa scolarité. Il souffre de troubles sensoriels et perceptifs congénitaux : il est daltonien, ne pouvant distinguer que le violet, couleur qu'il affectionnera particulièrement et amusique, il est donc dans l'incapacité de reconnaître et différencier les rythmes et tonalités musicales. On le dira aussi dyslexique. Il est donc important de noter que Milton ne perçoit d'ores et déjà pas le monde qui l'entoure comme les autres. Et c'est peut-être là que commence sa force...

À l'âge de 17 ans il est atteint d'une grave crise de poliomyélite¹². Il entend un soir le médecin dire à sa mère qu'il ne passera pas la nuit. Milton demande alors à ce que son lit soit tourné vers la fenêtre, de telle sorte qu'il puisse voir une dernière fois le lever du soleil. Il le verra, contrairement aux dires du médecin, à travers ce que l'on peut assimiler à une expérience d'autohypnose. Mais au petit matin il est emporté dans un coma profond, qui dure trois jours, et dont il sort complètement paralysé. C'est ainsi qu'il ne peut que voir, entendre, et songer. Il fait alors un travail incroyable sur lui-même et développe les sens qu'il lui reste. Ainsi, il observe, écoute attentivement et surtout ressent tout ce qui

¹² Moreni et Barber.

l'entoure. Il comprendra à travers ses sœurs que parfois le langage verbal et la gestuelle se contredisent, et il analysera les mécanismes de l'appareil locomoteur via l'apprentissage de la marche de sa dernière petite sœur. Il visualisera les mouvements pour essayer de les ressentir dans son corps, et petit à petit fera ainsi sa rééducation par lui-même. En parvenant après un dur travail à localiser ses membres qu'il ne sentait plus et ne pouvait plus contrôler, il retrouve une certaine mobilité.

Figure emblématique du « guérisseur-blessé », il récupère physiquement au fil des mois et décide de faire des études de médecine. C'est ainsi qu'il rencontre celui qui lui fera (re)découvrir l'hypnose, Clark-Leonard Hull qui sera son professeur. Mais l'approche expérimentale de ce dernier, trop axée sur la suggestibilité et les idées de l'école de Nancy ne convient pas à Erickson qui décide donc de mener ses propres recherches et de s'éloigner de son mentor.

1.2.1.2 Sa pensée novatrice de l'hypnose

Milton Erickson reproche donc à Hull une approche trop directive et trop encadrée de l'hypnose. Selon lui, il accorde une place trop importante à ce que dit et fait le thérapeute à travers les suggestions ; et pas suffisamment aux processus comportementaux décisionnels internes qui sont propres au patient. Contrairement à Hull, il considère que l'hypnose ne peut être standardisée car, les sujets étant tous différents, ce serait au thérapeute de s'adapter à son patient plutôt que de créer une méthode « clé en main ». Pour Erickson, il est donc impossible de théoriser la diversité psychologique du genre humain. Chaque individu possède en lui des capacités insoupçonnées qui lui permettront de régler les problèmes qu'il rencontre s'il parvient à les identifier correctement. Il considérerait chaque personne avec ses problèmes comme unique et, en ce sens, il lui apparaissait nécessaire que le thérapeute décode la situation et choisisse une solution faite sur mesure. Pour lui, les ressources que nous possédons et qui sont utiles pour nous tirer d'affaires sont détenues par l'inconscient, c'est pourquoi nous n'avons pas toujours connaissance de ces capacités. Le thérapeute a donc pour but principal de faire découvrir au patient cette énergie pour qu'il en prenne conscience et puisse la mobiliser à juste titre pour engendrer une modification interne. Le plus important est donc de laisser une place à l'inconscient et aux ressources qu'il est capable de mobiliser pour contrer la situation. Chaque patient a cette capacité en lui mais il n'est pas nécessaire qu'il le comprenne. Il suffit simplement qu'il accepte sans condition de laisser l'inconscient agir pour que la situation se débloque, car c'est l'objectif premier. La conscience doit cesser de brider l'inconscient pour finalement accepter son aide. Son génie relève entre autres de l'interaction qu'il crée entre le conscient et l'inconscient, en leur permettant de se rééquilibrer et de communiquer, pour finalement laisser le patient, avec ses ressources internes, être acteur et auteur de sa guérison sans forcément chercher à en comprendre tous les rouages.

Jusqu'à la fin de sa vie, il se consacre corps et âme à sa pratique et reçoit de nombreux médecins et thérapeutes venant du monde entier, parmi lesquels ses élèves et amis Jay Haley, Jeffrey Zeig, Ernest Rossi, et bien d'autres.

C'est l'habileté du thérapeute qui enclenche le mécanisme, mais c'est le patient qui le conçoit.

1.2.1.3 Jean Godin et la « Nouvelle Hypnose » en France

La création du terme « Nouvelle Hypnose » revient au sexologue américain Daniel Araoz, qui l'employa pour la première fois en 1979, dans le but de baptiser une nouvelle forme de pratique de l'hypnose qui se voulait plus moderne. Cette pratique reprend donc les fondements de l'hypnose éricksonienne, ces outils de base que ce « thérapeute hors du commun » nous a légués, pour les actualiser à notre vie moderne, à nos besoins, nos objectifs et nos valeurs. La Nouvelle Hypnose se veut donc être une hypnose moins « paternaliste » et moins directive. Là où l'hypnose éricksonienne se montrait parfois trop directe et autoritaire, avec cette nouvelle approche, le patient est encore plus actif dans la démarche et il participe à son traitement en étant pleinement conscient que le thérapeute n'est qu'un guide qui lui apporte les clés de sa guérison. Il était en effet question de demander son avis à la personne, de lui demander par exemple de choisir un souvenir agréable ou plus récemment de laisser venir un moment d'apprentissage...

Jean Godin, psychiatre et psychothérapeute français s'est formé à l'hypnose en 1968 en la découvrant auprès d'un ami de Milton Erickson, un certain John Hartland. C'est ainsi qu'il devient le premier « éricksonien » francophone. Il fût dès lors le formateur des premiers hypnothérapeutes français via l'Institut Milton Erickson de Paris qu'il fonda en 1982. Il créa dix ans plus tard l'Association Française de Nouvelle Hypnose (AFNH).

Figure 3 : Portrait de Milton Erickson offert à Jean Godin par Madame Erickson



Source : Dengrove, Portrait de Milton Erickson, 1976

Si Milton Erickson a permis de sortir l'hypnose de l'oubli et d'en faire une pièce maîtresse de l'arsenal thérapeutique moderne, c'est à Jean Godin que l'on doit son essor en France, qui ne fait que commencer...

1.3 Les bases de la technique hypnotique

Il existe de nombreuses définitions de l'hypnose, et il serait ici insensé de toutes les recenser car il n'y a pas de consensus établi ni de définition propre. Cependant, il est important de comprendre, comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, que l'hypnose est un État Modifié de Conscience (EMC) tout à fait naturel et connu depuis longtemps. En effet, contrairement à ce que suggère son origine étymologique - du grec ancien ὕπνος, [*húpnos*] qui signifie sommeil - l'hypnose est loin de l'état de sommeil que nous connaissons lorsque nous dormons. L'état hypnotique serait même plus proche

d'un état d'hyperéveil étant donné que le sujet se trouve en hyperconcentration ou hypervigilance. Les neurologues ont fait subir des électroencéphalogrammes (EEG) à des patients sous hypnose et ils ont révélé un tracé d'éveil long. C'est de cette manière que l'on a pu mettre en évidence que les patients sous hypnose sont en fait bien éveillés et tout à fait conscients bien que leurs perceptions soient modifiées¹³.

L'EEG permet d'analyser l'activité du cerveau en mesurant les ondes cérébrales qui le parcourent¹⁴. Ces ondes sont alors caractérisées (amplitude, topographie...) puis classées selon leur fréquence :

- les ondes bêta qui ont une fréquence de plus de 13 Hz,
- les ondes alpha dont la fréquence se situe entre 8 et 13 Hz,
- les ondes thêta dont la fréquence se situe entre 4 et 8 Hz,
- et enfin les ondes delta qui se situent sous la barre des 4 Hz.

Le rythme bêta est celui qui nous anime lorsque nous sommes en éveil et en action, les yeux parfaitement ouverts et le cerveau en ébullition. En général, le cerveau gauche très cartésien prédomine sur l'hémisphère droit plus intuitif. Les ondes alpha interviennent quand nous sommes un peu moins actifs et plus confortablement installés avec les yeux fermés ; avant de s'endormir par exemple. Dans ce cas, les deux hémisphères sont alors à l'équilibre et agissent en synergie. Les ondes thêta caractérisent ensuite la phase de sommeil léger. Mais c'est aussi là que se situe le niveau d'intervention de l'hypnose, avec les zones cérébrales activées sous les suggestions ainsi que celles gérant la douleur. Enfin les ondes delta sont celles de l'inconscient total et du sommeil profond. Ici, seules les fonctions vitales vont être assurées par le fonctionnement cérébral comme la respiration et l'activité cardiaque qui dépendent du système nerveux autonome.

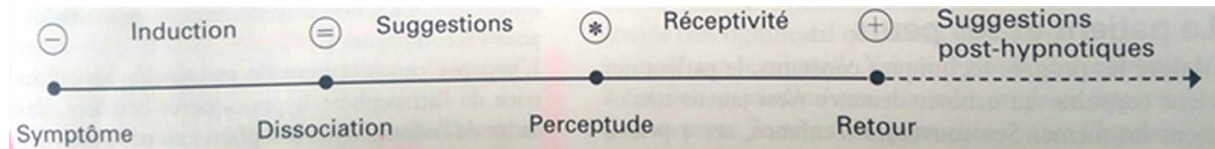
Les deux niveaux intéressants en hypnose vont donc être les rythmes alpha et thêta. Alpha sera accessible par le patient seul à l'aide de moyens de relaxation classique. Il sera plus à l'écoute de lui-même et commencera à se dissocier du monde extérieur pour se concentrer sur son moi interne. Par ailleurs, pour passer au rythme thêta il sera, en tout cas au début, nécessaire d'être guidé par le praticien et ses suggestions pour ne pas tomber en sommeil et surtout obtenir les effets souhaités dans le cadre d'une thérapie par exemple.

¹³ Gay, « L'hypnose : un descriptif ».

¹⁴ Jensen et Patterson, « Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings ».

Alors comment caractériser le cheminement vers cet état ? Nous allons maintenant adopter la représentation schématique du Docteur Delzangles qui va permettre à notre cerveau gauche de comprendre de manière plus rationnelle ce qui se passe à ce moment-là.

Figure 4 : Représentation schématique d'une séance d'hypnose



Source : Delzangles, L'hypnose, le praticien, le patient : une association gagnante, 2015

À la partie numéro 1 (- sur la Figure 4), nous retrouvons le symptôme du patient accompagné de certaines sensations qui sont perçues au quotidien. Des stratégies d'adaptation de tous les jours sont mises en place pour maintenir un équilibre sain entre nos sensations ressenties. Si l'équilibre est rompu, il faut mobiliser des ressources et parfois chercher de l'aide. C'est lorsque le symptôme prend le dessus que le patient fait les démarches pour consulter. Ce symptôme peut être psychologique et/ou douloureux et revêtir un aspect très complexe. Pour rejoindre la partie 2 (= sur la Figure 4) où le patient se retrouve en état de dissociation de son symptôme (manifestation des ondes alpha), le thérapeute va alors enclencher une induction. Ainsi il va proposer au patient de focaliser son attention sur un élément qui peut être Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif voire Gustatif, selon la technique des canaux sensoriels (V.A.K.O.G.)¹⁵. Il y a donc un mouvement qui s'amorce de cette façon vers le changement souhaité.

Un exemple d'induction pourrait alors être (exemple du Docteur Zimmer Joël, formateur à Dent L'Hypnose©)¹⁶ :

« Installez-vous TRANQUILLEMENT sur le fauteuil... vérifiez que vous êtes suffisamment CONFORTABLE... vous pouvez laisser les paupières se fermer... pour mieux laisser entrer la musique dans tout le corps (début du langage dissociant) ... Alors que votre tête est bien soutenue, le dos bien appuyé, les jambes bien posées (yes-set) ... vous pouvez déjà remarquer que la respiration devient plus CALME... et une sensation de RELAXATION s'installe... ».

Lorsque la dissociation a lieu, le praticien le perçoit allègrement par des signes cliniques (fixité du regard, signaling (mouvement du doigt), masque de cire, diminution de la fréquence cardiaque et du rythme respiratoire, catalepsie, littéralité, absence d'initiative...)¹⁷ et il va alors amener le patient à la

¹⁵ Delzangles, *Hypnose et odontologie : osez le voyage...*

¹⁶ Delcobel et Zimmer, *Enquête d'actualité - Dent l'hypnose©. Hypnose : les secrets d'un phénomène.*

¹⁷ Gay, « L'hypnose : un descriptif ».

partie 3 (* sur la Figure 4) qui est l'état de perceptude, état via lequel le patient se retrouve ici et ailleurs et est de plus en plus réceptif. Pour ce faire, le praticien va alors faire certaines suggestions pour approfondir l'état de dissociation déjà engagé. Il propose et le patient reçoit en étant sujet à l'acceptation des possibilités (yes-set). C'est une étape décisive par laquelle le patient devient acteur, il est la solution et le thérapeute se doit de le dynamiser pour obtenir l'action via l'imagination.

« C'est comme si nous étions à la fois ici et... déjà une petite partie de vous est AILLEURS... si vous me le permettez... je vais vous accompagner dans ce lieu et... je vais vous poser délicatement la main sur l'épaule (renforcement par une induction corporelle) ... pour permettre à votre inconscient de trouver... ou peut-être de retrouver cet ailleurs... ce repère CONFORTABLE... RASSURANT... où vous êtes en SÉCURITÉ... très bien (ratification) »¹⁸.

C'est donc dans cet état de transe hypnotique que se situe notre fenêtre d'action la plus intéressante pour mettre en place les suggestions nécessaires et obtenir par exemple une hypnoanalgésie, ce que nous verrons par la suite.

« À présent, je vais vous demander par un signe, de la tête, d'une main ou d'un doigt... de bien vouloir me montrer que vous êtes BIEN... rassurez-vous... je vous accompagne tout le long et gère pour vous le temps et l'espace... restez bien concentré sur votre respiration, les sons de la musique... et laissez cette vague de bien-être entrer par le sommet de votre tête... cette vague parcourt votre corps PAISIBLEMENT jusqu'aux orteils... le visage se relâche... le thorax... l'abdomen... les bras... les jambes... Vos poumons fonctionnent comme deux aspirateurs de stress à l'inspiration... à l'expiration la bouche évacue le trop-plein d'énergie négative... le corps devient alors de plus en plus LEGER... il est d'ailleurs très courant qu'une main ou l'autre se soulève... elle est parfois comme ATTIRÉE vers le haut, comme si des ballons d'enfants multicolores... gonflés d'hélium étaient attachés à votre poignet... »¹⁹

Une fois notre intervention effectuée, nous allons amener le patient à la partie 4 (+ sur la Figure 4) qui est le retour à la sensation réelle et habituelle. C'est aussi à ce moment que des suggestions post-hypnotiques, que nous aborderons plus loin, peuvent être subtilement adressées à l'inconscient avant que le patient ne revienne totalement vers nous. Ce dernier reprend progressivement contact avec son environnement mais les bienfaits de la perceptude font leur chemin et vont continuer à se faire ressentir. Ensuite, après le retour à la réalité et ses bienfaits, maintenant que le patient « connaît le chemin », il peut remettre certains exercices en pratique et s'entraîner pour faire de l'autohypnose

¹⁸ Delcombel et Zimmer, *Enquête d'actualité - Dent l'hypnose©. Hypnose : les secrets d'un phénomène.*

¹⁹ Delcombel et Zimmer.

dès lors qu'il a été guidé. C'est lorsque l'on connaît les règles du jeu et que l'on nous a remis les cartes en main que la partie peut progresser...

« Et maintenant que vous êtes bien... toujours confortable... vous avez passé un agréable moment, reposant... quand vous le souhaiterez... progressivement, et à votre rythme... vous reprendrez tranquillement contact avec le fauteuil... qui soutient votre tête... vos pieds, vos mains... vous les sentez qui remuent gentiment... vous allez prendre une profonde inspiration, relaxante... qui va vous permettre d'ouvrir les yeux... en pleine forme et relaxé... »

Une bonne suggestion doit autant que possible s'adapter au patient, être remplie de clarté ou rester dans le flou, employer un vocabulaire positif et être imagée. Il ne faut pas hésiter à utiliser plusieurs fois le même mot rassurant si l'on perçoit un effet positif sur le patient. Le praticien doit savoir où il va pour éviter les hésitations. Pour cela, l'idéal est en fait de parler lentement et sur l'expiration, d'une voix calme mais assurée tout en étant convaincu de son discours. Le ton se veut neutre et ne changera pas durant la séance, la diction doit être claire pour que le patient n'ait pas d'effort à faire pour nous comprendre. Alors la suggestion est progressive et commence par des choses que le sujet va ressentir pour pouvoir l'amener à la sensation escomptée. C'est la transmission des images qui est importante et il ne faut pas hésiter à décrire parfois avec minutie certaines situations ou objets car cela peut aider certains patients à amorcer la dissociation plus facilement. Leur imaginaire fera ensuite le reste. Cela peut aussi être l'occasion pour le thérapeute de se mettre lui-même en autohypnose...

La technique hypnotique demande donc un apprentissage mais aussi et surtout l'apprentissage d'un langage particulier pour emmener d'autant plus vite et efficacement le patient sur la bonne voie. Plusieurs processus sont possibles²⁰ :

Nous avons vu l'**induction hypnotique** pour obtenir la dissociation entre le physique et le psychique, la **focalisation de l'attention** qui requiert un effort de concentration important et va permettre de détourner l'attention. Elle va dépendre grandement de la qualité de la relation praticien-patient.

Il y a également le **saupoudrage**, qui consiste à glisser des mots évocateurs et apaisants dans le discours pour aider à maintenir l'état hypnotique. Le saupoudrage aide à se recentrer intérieurement.

Mais il y a aussi la **confusion**, avec un discours complètement illogique et désordonné visant à favoriser le « décrochage du cerveau gauche » (rationnel). Cette approche permet donc plus facilement de lâcher-prise en s'adressant plus au cerveau droit (intuitif).

²⁰ Delzangles, Hypnose et odontologie : osez le voyage...

Les **truismes** - aussi appelés **yes-set** par Erickson - vont se baser sur le bon sens du patient et être évocateurs d'évidences qu'il ne pourra qu'accepter. Ainsi, on va créer une atmosphère qui favorise l'acceptation et la confiance pour obtenir plus aisément l'observance vers le but recherché.

L'**alternative illusoire** va laisser subtilement penser au patient qu'il a le choix quand finalement le praticien (re)prend la main et lui laisse un choix camouflé entre deux propositions qu'il a spécialement choisies : « Préférez-vous commencer par le côté droit ou le côté gauche ? ». Le praticien ne laisse en fait pas vraiment le choix car quelle que soit la réponse, le patient accepte de commencer, et c'est le but principal. Selon la tournure et la complexité de la question, le praticien peut même faire en sorte d'obtenir une réponse du patient lui donnant totalement le libre arbitre telle que « à vous de voir, c'est vous qui savez quoi faire... ». Ainsi le patient est confiant et totalement consentant.

La formulation « **comme si...** » permet d'engager rapidement l'imaginaire du patient pour l'amener progressivement vers l'état hypnotique : « faisons comme si nous étions dans le jardin de votre enfance... ».

Pendant notre discours, il est important aussi de **ratifier**, c'est à dire approuver pour conforter ce qui s'est produit : « très bien... », « voilà... », « c'est parfait comme cela... ».

1.4 La suggestibilité et les échelles de susceptibilité hypnotique

L'hypnotisabilité d'un sujet pourrait se définir simplement comme sa capacité, sa disposition individuelle à entrer en transe hypnotique sous l'effet des suggestions du thérapeute. La suggestibilité quant à elle, concerne le degré de sensibilité à la suggestion. Ces deux termes sont d'ailleurs très souvent confondus car intimement liés, l'un étant en quelque sorte prédicteur de l'autre²¹.

Au XXème siècle, les scientifiques ont donc cherché à créer un outil fiable pour mesurer le degré de susceptibilité à l'hypnose d'un sujet. C'est donc en 1938 que la première échelle d'hypnotisabilité fut inventée par Sarbin et Friedlander. Un peu plus tard, en 1950, les chercheurs Ernest Hilgard et André Weitzenhoffer lui apportèrent des modifications pour l'améliorer. L'échelle de référence actuelle voyait le jour sous le nom de Stanford Hypnotic Susceptibility Scale²². Celle-ci, régulièrement mise à jour depuis, reste donc le gold standard même si d'autres échelles ont ensuite été mises au point (Creative Imagination Scale, Barber Suggestibility Scale, Hypnotic Induction Profile...).

L'échelle de Stanford se base sur différents tests qui permettent d'évaluer la réponse de l'individu : une induction hypnotique est suivie de 12 suggestions standardisées. Les suggestions sont motrices

²¹ Gay, « L'hypnose : un descriptif ».

²² Gay.

mais également cognitives. Elles peuvent être positives ou négatives, c'est-à-dire induire ou inhiber un comportement. Par exemple, une suggestion motrice positive serait d'obtenir une lévitation du bras. Une suggestion cognitive négative serait a contrario de ne plus rien entendre.

Les scientifiques se focalisent ensuite sur les réponses non-verbales du sujet (mouvements corporels, abstractions mentales, hallucinations...) pour en déterminer le degré de suggestibilité selon qu'ils ont échoué ou réussi le test.

Les échelles de Stanford ont permis d'évaluer la distribution de la susceptibilité hypnotique dans la population. On distingue alors trois tranches selon les résultats obtenus : tranches « haute », « moyenne » et « basse ». 10% de la population serait dans la tranche « haute », 80% dans la « moyenne » et 10% dans la « basse ». La tranche « haute » renferme les gens capables d'entrer en transe profonde et dont certains sont capables de somnambulisme et ainsi d'halluciner toute la scène suggérée comme s'ils la vivaient. La tranche « moyenne » correspond à la majorité de la population capable d'entrer en transe modérée et donc apte à apprendre l'hypnose thérapeutique. La tranche « basse » serait plutôt réfractaire à l'hypnose. Notons cependant que 95 à 100% de la population serait hypnotisable à moindre degré, soit pour un effet relaxant ou une catalepsie²³. Il est à noter que les enfants ne peuvent être hypnotisés avant 4 ans mais sont particulièrement réceptifs entre 7 et 15 ans²⁴.

Les recherches qui ont été effectuées pour tenter de déterminer si la susceptibilité à l'hypnose était un trait stable de personnalité dans le temps et pouvait trouver son origine dans nos gènes montrent que les échelles ne présagent en rien de l'échec ou de la réussite de la thérapie hypnotique²⁵ sur le patient.

Finalement, ce qu'il apparaît important de retenir est bien que tout le monde est hypnotisable dans une certaine mesure, et c'est ce qui nous intéresse particulièrement pour la suite de notre sujet...

1.5 La pratique courante au cabinet dentaire

Maintenant que nous avons quelques bases et qu'il nous apparaît clair que la grande majorité de nos patients pourront bénéficier de l'hypnose thérapeutique, voyons comment la mettre en place facilement au cabinet.

²³ Kushnir, Banack, et Marks, « Clinical hypnosis - a perspective ».

²⁴ Gay, « L'hypnose : un descriptif ».

²⁵ Montgomery et al., « Mediators of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients: Response expectancies and emotional distress. »

1.5.1 Le choix de l'ambiance « hypnotique » du cabinet

Lorsque le patient pénétrera pour la première fois dans le cabinet, son impression sera particulièrement importante et durable. Il arrive en effet dans un endroit nouveau et totalement inconnu, peut-être d'ailleurs sur recommandations, et c'est pour cela que l'image qu'il se fera du lieu et son premier ressenti doivent à tout prix être positifs.

Il est donc important de créer une atmosphère chaleureuse et un accueil avenant. Cela commence ainsi par la prise du rendez-vous si elle est téléphonique. L'interlocuteur doit être à l'écoute et aimable sans pour autant que la conversation ne soit trop longue. Il doit cibler les besoins du patient, en cas d'urgence par exemple, et répondre au mieux à ses attentes. Il est important de garder le sourire et d'avoir un ton agréable car cela se perçoit parfaitement dans la discussion téléphonique.

L'image du cabinet passe également par une équipe dynamique et qui s'entend bien. Les tenues se doivent d'être impeccables - gage d'asepsie et de propreté du cabinet dans l'esprit des patients - et l'accompagnement du patient en salle d'attente par une assistante est un plus qui le mettra à l'aise.

Les couleurs choisies pour l'ambiance du cabinet et de la salle d'attente doivent être réconfortantes et sécurisantes. On préférera des couleurs froides pour la tonalité générale telles que le bleu ou le vert qui sont des couleurs apaisantes. Mais pour casser leur monotonie et redynamiser l'ensemble on y associera des pointes de couleurs plus chaudes comme le rouge ou le jaune, sans que ces tonalités dominent car elles peuvent avoir un caractère un peu agressif²⁶. La salle d'attente doit servir de sas de décompression, idéalement on évite ce qui rappelle le matériel médical et dentaire, les fauteuils sont confortables et suffisamment espacés pour laisser à chacun son intimité. Des plantes vertes et une luminosité suffisante rendent l'atmosphère plus sereine tandis qu'un fond musical relaxe le patient installé dans un fauteuil confortable qui peut éventuellement lire les revues à sa disposition... La salle est isolée, à l'abri des bruits et des odeurs propres aux salles de soin du cabinet. Tout est donc fait pour que le patient soit alors dans les meilleures dispositions lorsque le praticien vient l'accueillir - personnellement de préférence et après moins de 10 min d'attente - avec un regard franc et une attitude chaleureuse. L'atmosphère hypnotique est lancée, la suite ne peut que bien se dérouler...²⁷

²⁶ Frémaux, Thèse « Accompagnement psychique du patient traité par prothèse amovible complète ». Paris Descartes, 2015.

²⁷ Delzangles, *Hypnose et odontologie : osez le voyage...*

1.5.2 La connaissance de son patient

Dans la salle de soin aussi la décoration se veut rassurante pour une douce transition. On respectera donc les mêmes codes mais les couleurs dominantes peuvent changer de celles de la salle d'attente tout en maintenant une atmosphère propice au bien-être.

La consultation doit commencer en face à face au bureau, pour que le patient puisse continuer à se sentir à l'aise, écouté d'égal à égal. Lors des rendez-vous suivants, les échanges pourront se faire plus brefs avec un passage plus rapide au fauteuil, mais pour certains patients mieux vaut prendre son temps surtout lors de la première rencontre, la relation future n'en sera que meilleure et mieux construite.

Il est ensuite important d'être à l'écoute du patient, tout en l'observant scrupuleusement pour nous permettre de cerner son profil et sa personnalité. Cela s'acquiert avec le temps et l'entraînement, on gagne ensuite en rapidité d'analyse. Cette étape n'est pas anodine et doit nous permettre d'en savoir plus sur le patient et son vécu, sur son symptôme éventuel et ses attentes.

Nous avons vu l'importance des suggestions comme outils hypnotiques. Suggérer quelque chose à l'inconscient du patient en souhaitant une mise en pratique de ce dernier pour obtenir un résultat utile à la séance de soin et au patient nécessite une bonne connaissance de ce dernier. En effet, la suggestion amenée doit prendre en compte le vécu et le ressenti de la personne pour que son inconscient soit finalement mené là où nous souhaiterions qu'il aille.

À chaque situation clinique correspond une suggestion adaptée tant au patient qu'à l'acte à réaliser, car chaque individu va réagir différemment selon sa personnalité. Le praticien doit donc peser ses mots et s'adapter tout en faisant preuve de beaucoup d'imagination. C'est pourquoi une formation mais également un entraînement important sont nécessaires pour y parvenir de plus en plus facilement. La séance d'hypnose à venir sera en effet créée par l'imaginaire et la dextérité du praticien en exploitant le vécu du patient, sa personnalité, son ressenti et également le contexte de la séance de soin. Il faut donc laisser libre cours à son instinct, son improvisation, selon l'instant²⁸.

Bien connaître son patient et toujours observer, comme le faisait remarquer Erickson, sont donc des points clés à ne pas négliger pour la réussite des futurs soins.

²⁸ Delzangles.

1.5.3 Comment introduire l'hypnose dans la consultation ?

Doit-on forcément dire au patient que l'on va utiliser l'hypnose lors de la séance au risque de se retrouver parfois face à des gens totalement réfractaires qui pensent que cette pratique est dangereuse ? Comme beaucoup d'outils, la dangerosité associée à l'hypnose dépend de l'utilisateur et de son éthique dans sa pratique thérapeutique. Selon une étude²⁹, l'hypnose n'entraînerait d'ailleurs pas plus d'effets secondaires (types maux de tête) qu'un cours suivi dans l'amphithéâtre d'une université...

« Il y a moins de dangers à apprendre l'hypnose qu'à ne pas la connaître !³⁰ »

D'ailleurs, il est judicieux d'évoquer le fait que nous entrons en transe quotidiennement lors de certaines actions que nous considérons comme des automatismes, par exemple lors de notre conduite en voiture, lors de nos lectures quand nous sommes littéralement absorbés dans un livre, lorsque nous écoutons de la musique... Notre cerveau se « déconnecte » alors par moments et notre inconscient nous entraîne parfois dans les méandres de notre imaginaire.

Pour le patient, il ne s'agit pas forcément d'y croire, l'essentiel est de collaborer. En fait, en pratique, même si le patient est fermé et oppose des résistances, le praticien peut - mais cela prendra plus de temps - lever ces résistances en les utilisant à bon escient. Un peu comme Milton et son âne... (Le père de Milton n'arrivait pas à faire rentrer l'âne dans la grange en tirant sur sa longe et demanda de l'aide à son fils. Milton y parvint très naturellement en tirant l'âne par la queue. Ceci entraîna une réaction inverse de l'âne qui rentra droit dans la grange !). Finalement, bien souvent, les plus sceptiques sont les plus réceptifs.

Comme nous l'avons vu, le patient reste actif et autonome, il peut décider à tout moment de sortir de sa transe hypnotique, le praticien n'est qu'un guide et il est important de le souligner face à un éventuel patient récalcitrant. Le but est vraiment d'aider le patient à changer, de lui apprendre ou de lui réapprendre certains états qu'il ne sait pas appliquer volontairement en faisant appel à ses ressources internes.

Nous avons vu que le patient baigne dans une ambiance rassurante depuis son arrivée et son accueil au cabinet. Le praticien aguerri va spontanément, de par son discours, mettre en place de l'hypnose conversationnelle. Cette hypnose a lieu tous les jours sans que nous nous en rendions compte et ne nécessite pas de prévenir le patient. L'hypnose conversationnelle est parfaite pour créer l'atmosphère

²⁹ Lynn, Myer, et Mackillop, « Contemporary hypnosis ».

³⁰ Mairlot, « De l'art de la communication ».

hypnotique, le tout sans hypnose ou tout du moins d'une forme cachée. Elle peut intervenir à n'importe quel moment, que ce soit en pré-, per- ou post-opératoire. Le but va être de détourner l'attention en désactivant la vigilance pour créer une émotion car lorsque l'on rentre dans ce domaine, on a finalement ouvert la porte de l'inconscient et donc l'imaginaire et l'hypnose.

Alors comment faire et comment être ? Continuons donc de créer une accroche relationnelle de qualité via l'accueil du patient. Avoir une « présence », inspirer la confiance, être sûr de soi et rassurant pour donner un sentiment de sécurité. Cela passe donc par le discours choisi mais aussi la prestance et le langage corporel. On va entraîner une focalisation de l'attention du patient, non pas sur un point visuel mais sur son moi intérieur. Posons les bonnes questions sur son ressenti, employons le bon vocabulaire, sollicitons une réflexion consciente puis inconsciente à travers une émotion. Montrons que nous le comprenons et que nous sommes à l'écoute en reformulant ses phrases, en le laissant s'exprimer. Créons via le discours des distractions, pourquoi pas via l'humour qui peut être un moyen intéressant de créer une confusion par exemple, état propice à la dissociation. Questionnons de façon rhétorique, recadrons si nécessaire, évoquons de subtiles métaphores pour faire intervenir l'imaginaire, suggérons de façon directe ou indirecte... Tout cela ne se traduit pas de façon rationnelle, le praticien s'exerce et s'adapte sur le moment. Sans entraînement, pas d'hypnose...

Par opposition, l'hypnose formelle sera annoncée au patient et permettra d'obtenir des résultats plus précis et plus poussés (hypnoalgésie, hypnoanesthésie...) avec sa participation active. Au préalable on aura pu tester sa suggestibilité plus subtilement avec l'hypnose conversationnelle en désamorçant ses barrières protectrices, en confusionnant son esprit, en rassurant et en transmettant notre ressenti hypnotique.

Ces deux formes sont intéressantes et peuvent donc être employées de manière complémentaire ou distincte. Au praticien de choisir selon l'instant présent, son patient et son état d'esprit ce qu'il jugera le plus utile pour le déroulement de la séance de soin...

1.5.4 Le bon usage des mots

Le cerveau gauche raisonne, il est rationnel et analytique et c'est lui qui prédomine à l'état normal de veille. Le cerveau droit est onirique et intuitif ; il se souvient et ressent. On sait depuis Freud que c'est là que s'impriment les images de nos rêves. Il s'agit donc de s'adresser à cette partie inconsciente droite du cerveau pour mettre le côté raisonnable en veilleuse et obtenir des contrôles somatiques différents.

Le but va donc être de créer un pont entre notre conscient finalement trop rationnel dans certaines situations et notre inconscient qui est plein de ressources inexploitées. Le dialogue établi entre les deux par l'hypnose permet en quelque sorte de laisser la main à l'inconscient et de lui suggérer des choses qu'il est capable de réaliser sans que le conscient ne s'en mêle et ne stoppe l'information avant sa réalisation. Le conscient ne sera donc que spectateur et constatera les faits une fois leur réalisation accomplie avec l'approbation de l'inconscient. Il n'est fort heureusement pas possible de duper l'inconscient. En effet ce dernier veille à notre bien-être et est positif, c'est pourquoi il faut s'adresser à lui avec les mots adaptés mais aussi ne pas lui demander l'impossible, sans quoi il bloquera l'information et empêchera sa réalisation si les ressources internes ne sont pas à la hauteur ou encore si l'action demandée va à l'encontre des principes moraux de la personne. Un sujet ne dira pas ou ne fera pas quelque chose qu'il tairait ou refuserait « éveillé ».

On rétablit ainsi une communication entre le cerveau (le mental) et le corps pour recréer une unité psychosomatique. La concentration peut alors être dirigée à l'intérieur de soi pour régler un problème interne. Le patient va ainsi faire abstraction de ce qui l'entoure et de sa réalité externe pour mieux se recentrer sur sa réalité interne.

Le thérapeute doit trouver les mécanismes et les images qui vont toucher son patient et lui permettre de puiser dans son énergie interne pour aller mieux. Il donne les clés pour ouvrir les serrures. Il faut souvent élaborer une histoire en fonction du vécu et de la personnalité de son patient ; dans laquelle on va subtilement intercaler des suggestions indirectes à l'attention de l'inconscient du patient pour que celui-ci les entende comme quelque chose de normal et non pas comme un ordre. Son attention étant alors implicitement détournée, il pourra ainsi prendre des décisions le concernant qu'il n'arrive pas à entreprendre en temps normal. Il y a donc dans cette démarche une étroite collaboration entre le patient et le thérapeute et l'imagination des deux est en tous points requise.

Les suggestions directes vont être assez directives et vont finalement consister en des ordres à peine camouflés, les formules sont courtes et on pense intuitivement à l'hypnose de spectacle avec le fameux « dormez je le veux ». L'hypnose actuelle comme nous l'avons expliqué est moins directive, plus permissive et emploiera donc plus volontiers des suggestions indirectes en jouant avec les mots pour faire intervenir la créativité, en restant dans le flou. Cependant, les deux peuvent être utiles et les suggestions directes correctement utilisées auront par exemple leur rôle à jouer pour rétablir un équilibre dans une situation particulière comme un patient un peu trop dominateur par exemple.

Pour un bon accompagnement, soyons attentifs aux mots que nous choisissons et employons-les à bon escient. Voici quelques exemples^{31,32} :

- remplacer « c'est un peu **difficile**, mais je pense que cela ira bien... » par « un peu de travail aujourd'hui, tout va **bien**... »
- remplacer « cela ne fera pas **mal**, ce n'est rien du tout... » par « juste une **formalité**, c'est **tranquille**... »
- remplacer « n'ayez pas **peur**... » par « **rassurez-vous**... »
- remplacer « vous n'avez pas trop **froid** ? » par « avez-vous suffisamment **chaud** ? »
- remplacer « ça ne va plus être **long**... » par « c'est bientôt **fini**... »
- remplacer « je ne vois **rien** sur votre radio... » par « tout apparaît **normal**... »

Les mots en gras sont les mots qui auront le plus d'impact et seront retenus par l'inconscient. Il convient donc de veiller au choix de ces derniers, mais également à l'intonation de sa voix, la tournure de sa phrase en évitant les négations, regarder le patient d'un regard assuré.

Préférer des mots mobilisateurs comme : progresser, avancer, construire... Par exemple pour un patient un peu récalcitrant à l'hypnose, il faut lever ses doutes en expliquant mais aussi en le poussant au mouvement pour lui créer un but : « et finalement que ressentez-vous quand vous vous apaisez ? Qu'est-ce que vous faites chez vous pour vous faire plaisir et vous relaxer en rentrant ? ».

Montrer que l'on écoute et que l'on comprend sont les bases de la communication, être en empathie avec le patient conforte la relation et la communication. Ne pas hésiter à s'adapter, si besoin, au langage de son patient en employant des termes plus ou moins techniques selon sa personnalité, faire des comparaisons pourquoi pas en lien avec son métier... Laisser donc libre cours à l'instant et à la créativité...

1.5.5 Le langage non verbal

Dans la communication, contrairement aux idées reçues, seulement 30% du message est délivré par le langage verbal. Les 70% restants ont leur importance et sont donc relatifs au langage non verbal. « La communication non-verbale, ou corporelle, est définie comme l'ensemble des moyens de

³¹ Delzangles, *Hypnose et odontologie : osez le voyage...*

³² Delcombel et Zimmer, *Enquête d'actualité - Dent l'hypnose@. Hypnose : les secrets d'un phénomène.*

communication existant entre les individus n'usant pas du langage humain ou de ses dérivés sonores³³ ». Cette partie regroupe donc tout ce qui ne passera pas par la parole, à savoir la tonalité de la voix (communication para-verbale) qui peut laisser transparaître un état émotionnel, les expressions faciales, le regard, la gestuelle... sont autant d'indices qu'il faut apprendre à décoder pour mieux comprendre un individu. C'est la partie la plus simple de la communication à assimiler puisqu'elle se fait parfois de manière inconsciente et intuitive.

Avant même d'avoir parlé, nous avons donc déjà communiqué un sentiment ou une émotion...

Pour Erickson, il est même important de caler sa respiration sur celle de son interlocuteur pour favoriser les échanges et la compréhension du dialogue profond. En hypnose, la respiration est primordiale et fait partie du ressenti hypnotique. Caler sa respiration sur celle du patient permet de créer une empathie respiratoire qui va favoriser la transe et potentialiser les suggestions³⁴. En se concentrant sur sa propre respiration, le praticien ne se met-il pas lui aussi en conditions d'hypnose ? Une règle incontournable de l'hypnose est bien que pour faire vivre le ressenti au patient, le praticien le partage également, entraînant ainsi un effet miroir.

1.5.6 Remettre les « clés » de l'outil hypnotique au patient

Le praticien n'est qu'un guide qui met en lumière les capacités, les ressources que chacun a au plus profond de soi mais qu'il n'utilise pas toujours en conscience. Le praticien permet de potentialiser ces capacités internes inexploitées. Mais l'outil le plus intéressant reste l'autohypnose, par lequel le patient pourra maîtriser seul ses propres ressources aux moments clés.

Ainsi, après plusieurs séances où le patient est guidé, et après un entraînement personnalisé, il finit par maîtriser l'outil hypnotique. Le rôle de guide du praticien n'est plus forcément nécessaire, mais peut parfois intervenir en complément lors d'une séance plus « délicate » où un effet particulier tel une hypnoalgésie veut être produite. Dans ce cas, il s'agira de faire les bonnes suggestions à l'inconscient pour obtenir la conséquence somatique désirée. Grâce à l'autohypnose, le patient parvient alors seul à entrer en état hypnotique et à mobiliser ses ressources. Il contrôle ainsi l'induction et le phénomène est également plus rapide. Pour le praticien, le contrat est rempli, il a ainsi guidé le patient dans la bonne voie et lui a remis les clés de sa guérison. Le Docteur Mairlot dit à ce sujet : « Lorsque ces mécanismes sont intégrés, l'autohypnose peut devenir une pratique quotidienne, une hygiène cérébrale. Comme le matin on va se brosser les dents, on peut dire, je vais me déstresser ».

³³ Frémaux, « Accompagnement psychique du patient traité par prothèse amovible complète ».

³⁴ Delzangles, *Hypnose et odontologie : osez le voyage...*

2 : La phase pré-opératoire et la préparation du patient

2.1 La relation praticien-patient et l'alliance thérapeutique

Nous avons vu comment petit à petit, à plusieurs degrés et selon les moments, nous pouvons mettre en place une atmosphère propice à la confiance et à la sécurité. La notion de confiance est un point capital à la fois pour la relation praticien-patient « de base » (compliance et adhésion au traitement notamment), mais surtout pour la pratique hypnotique. En effet, comment obtenir le fameux « lâcher-prise » sans que le patient ne soit confiant et ne se sente en sécurité ? Pour reprendre les paroles de Milton Erickson, « l'hypnose c'est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne ». Il met bien en valeur l'importance de la relation qui se crée et du pouvoir de l'alliance thérapeutique dans la réussite du ressenti hypnotique. L'efficacité des suggestions est d'ailleurs directement liée à la qualité de la relation qui s'est créée entre le patient et le praticien³⁵. Bien que l'alliance thérapeutique puisse pousser à la confiance et au rapprochement, il convient de ne pas en oublier les fondamentaux et l'hypno-praticien doit rester un odontologiste aux aguets dont le rôle de soignant de la cavité buccale reste bien l'objectif principal. Frôler par moment les frontières de la sympathie et se retrouver à la limite de l'empathie peut survenir à condition que la situation reste contrôlée. Restons à l'écoute de la douleur du patient mais ne tombons pas dans la compassion si nous voulons l'aider et le soigner. Gardons le professionnalisme nécessaire à l'art dentaire mais soyons dans le ressenti hypnotique, en phase avec notre patient. Soyons donc des odontologistes hypno-conscients, capables d'allier l'accompagnement hypnotique de nos patients au service de notre pratique technique. Les limites sont délicates à décrire en ce qui concerne l'hypnose, ses démarches et ses principes sont difficiles à cerner ; c'est bien pour cela qu'il faut se former et s'entraîner. Se faire plaisir en soignant nos patients et en exerçant notre métier ne nous rend que meilleur et conforte une relation efficace et pérenne. Bien sûr il est maintenant aisé de comprendre que l'antipathie et l'apathie, en plus d'être néfastes à la relation thérapeutique sont absolument incompatibles avec l'hypnose...

Pour aller loin, il est indispensable de conserver une relation constructive, où les deux partis sont acteurs. Il arrive parfois que malgré toutes les bonnes volontés la relation ne « prenne pas ». Il ne faut pas forcément dramatiser la situation mais essayer de créer un mouvement pour faire avancer les choses, se remettre en question « que pourrais-je faire pour améliorer la situation et reprendre plaisir

³⁵ Delzangles.

à voir et soigner ce patient ? ». Si aucun mouvement positif n'est amorcé, on peut se dire que ce patient n'est pas fait pour nous et l'adresser, ce qui est un mouvement en soi³⁶.

2.2 Les principales angoisses du patient

Dans les états de crise d'angoisse et de peurs irrationnelles de type phobie, les patients focalisent leur attention sur l'objet de leur problème sans y amener une solution. Finalement ils sont dans un état d'hyperconcentration et de focalisation - jusqu'à en oublier le contexte et l'environnement dans lequel ils se trouvent - qui se rapproche de l'état hypnotique. Seulement c'est alors un état hypnotique négatif, mais c'est pourquoi dans ces cas particuliers l'hypnose reste la technique la plus adaptée car elle va contrebalancer cet état négatif en état positif et le patient répondra très rapidement à ce changement. Il va l'apprendre et l'intégrer d'autant plus vite qu'il est dans un état modifié de conscience, hyperconcentré avec en sa possession des ressources nouvelles inexploitées en temps normal³⁷.

2.2.1 Appréhension de la perte d'une ou de plusieurs dents

« Quand je perds mes dents, je meurs au détail » disait Voltaire.

Les dents sont un symbole fort. Synonyme de vitalité et de santé, la blancheur est souvent recherchée et mise en valeur pour « croquer la vie à pleines dents ». La communication verbale passe en effet par la bouche, et lorsque nous parlons, nos dents sont plus ou moins visibles et ce, que nous le voulions ou non. Une mauvaise santé dentaire peut d'ailleurs être un facteur d'exclusion sociale car le sourire favorise l'acceptation de soi et le bien être personnel. Il est également ce que l'on montre de nous aux gens qui nous entourent³⁸.

Au-delà de cette dimension santé, les dents sont un symbole repris dans de nombreuses expressions « avoir une dent contre quelqu'un » et revêtissent dans certaines cultures une dimension mystique (colliers de dents des amérindiens, dents taillées en pointes dans certaines ethnies africaines et asiatiques...).

De plus, la perte des dents est souvent vécue comme un signe de vieillesse et la perception associée à cette perte est donc négative. Ce sont finalement des organes à part entière de notre squelette qui ont une composition proche de celle des os. La perte d'une dent n'est donc pas anodine, et les

³⁶ Delzangles.

³⁷ Mairlot, « De l'art de la communication ».

³⁸ Frémaux, « Accompagnement psychique du patient traité par prothèse amovible complète ».

sentiments qui l'accompagnent sont à prendre en compte, car pour certains c'est bien la perte d'une partie d'eux-mêmes dont il faut faire le deuil.

2.2.2 La peur d'avoir mal

L'anxiété est une émotion souvent ressentie comme désagréable et qui correspond à l'attente plus ou moins consciente d'un danger ou d'un problème à venir. C'est lorsque le patient anticipe le soin par exemple. Ce phénomène est normal mais peut prendre un caractère excessif et devenir alors pathologique si la peur devient irrationnelle et que l'on entre dans le domaine de la phobie.

Le stress concerne plus les réponses de l'organisme visant à s'adapter à la situation angoissante. C'est donc une réaction utile et parfois salvatrice, pour peu qu'elle demeure raisonnable et soit mobilisatrice d'énergie positive. Les manifestations sont multiples et vont de l'irritabilité à la fatigue en passant par la migraine...

On sait maintenant, en ce qui concerne entre autres les soins dentaires, que l'appréhension entraîne une augmentation de la douleur. « Qui craint de souffrir, souffre déjà de ce qu'il craint » disait d'ailleurs Montaigne. Et puisque la peur entretient la douleur comme dans un cercle sans fin, il apparaît important d'observer le patient et de décoder avec lui ses appréhensions pour agir en amont sur sa douleur.

Très souvent, la première peur d'avoir mal concerne le moment désagréable de « la piqûre ». Des études ont d'ailleurs montré que la phobie dentaire, le réflexe nauséux et la peur des piqûres (quel que soit le contexte médical) sont liées³⁹. Même si différents degrés existent, de nombreuses peurs sont liées et s'entretiennent. L'hypnose est un excellent outil pour démêler ces symptômes et en reprendre le contrôle de façon efficace et pérenne. De plus, les résultats sont d'autant plus performants que la phobie est importante, car de manière générale, le patient laisse sa phobie s'exprimer en donnant une grande part à son imaginaire. C'est cette imagination qui va être ensuite somatisée en donnant leur place aux symptômes de l'angoisse ou encore de la phobie. Frankel a montré que ce fonctionnement mental des patients phobiques se rapprochait grandement de celui des patients qui étaient sous induction hypnotique. Finalement, les personnes les plus phobiques vont donc être les plus susceptibles à l'hypnose et cela va leur permettre d'accélérer l'effet de désensibilisation⁴⁰. L'intérêt de l'hypnose n'est donc plus à démontrer dans ce domaine car l'IRM a prouvé qu'elle inhibe les réactions du circuit de la peur.

³⁹ Almozino et al., « Overlap between dental anxiety, gagging and blood-injection-injury related fears - a spectrum of one multidimensional phenomenon ».

⁴⁰ Gerschman, « Hypnotizability and dental phobic disorders ».

L'anxiété pré-opératoire peut également avoir de nombreux effets néfastes dans les cas les plus extrêmes, comme par exemple l'augmentation de complications post-opératoires ou encore la survenue de troubles psychiques et comportementaux futurs. Selon les études, cette anxiété serait de 60 à 80% chez l'adulte et elle pourrait entraîner un réveil post-opératoire plus long et des douleurs plus importantes⁴¹. Les conséquences peuvent donc dans certains cas être très néfastes et il est primordial de bien observer et de discuter avec son patient pour évaluer cet état, lui apporter les informations nécessaires et suffisantes à son profil psychologique et le prendre en charge avec l'hypnose si nécessaire. Voyons donc maintenant à travers un exemple comment nous pourrions mettre en pratique l'hypnose face à un patient, s'il n'est pas phobique, au moins très angoissé.

« Installez-vous confortablement... très bien... et maintenant quand vous le souhaitez... vous fermerez les yeux tranquillement... vos yeux se ferment... voilà, parfait... Confortablement installé, en inspirant-expirant... à votre rythme... comme vous le sentez... vous vous concentrez maintenant sur votre respiration... fluide et régulière... ressentez l'air qui s'engouffre dans vos narines... peut-être est-il un peu plus frais à l'inspiration... un peu plus chaud à l'expiration... et vous êtes concentré sur votre respiration, cette sensation de bien-être... son rythme... au rythme de votre respiration vous observez vos pensées... vos « pourquoi », vos « comment »... toutes ces interrogations... se rassemblent à l'inspiration... et forment comme un nuage... un nuage qui sort de votre tête doucement à l'expiration... et le nuage de vos pensées s'envole... les questions s'éloignent doucement de votre tête... sans précipitation... au rythme de votre respiration... et vous les observez... s'envoler... inspire-expire... vous êtes bien... parfaitement calme... les « pourquoi » et les « comment » sont évanouis dans le ciel immense... vous êtes serein et apaisé... ».

2.2.3 L'aversion du sang

L'hématophobie, ou la peur du sang, n'est pas si rare puisque, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, elle se classe en troisième position, juste après la phobie de certains animaux et celle du vide. Cette peur du sang est souvent associée à la bélérophobie, c'est-à-dire la peur des aiguilles. Contrairement aux autres phobies, elles ont plutôt tendance à entraîner une lipothymie (malaise sans perte de connaissance) qu'une crise nerveuse avec besoin de fuir le danger. En effet le rythme cardiaque ralentit et la pression artérielle diminue ce qui peut avoir comme conséquence un malaise. Repérer ces patients peut être intéressant dans la prévention de la survenue de ce type de réaction. On aura tendance à aérer la pièce, la chaleur augmentant le risque, on retirera tous les objets

⁴¹ Amouroux, Rousseau-Salvador, et Annequin, « L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention ».

anxiogènes de la vue du patient et on créera bien sûr une focalisation de l'attention sur un sentiment agréable et une émotion complètement positive.

On peut aussi exploiter l'acte technique pour les métaphores en intégrant les sensations perçues par le patient : la couleur rouge du sang, ou le liquide qui coule dans la bouche sera transformé dans les métaphores et suggestions par « une belle rose rouge que l'on arrose au jardin, doucement avec un filet d'eau, pour en prendre soin et la voir s'épanouir tranquillement... ».

Parfois plus que la vue du sang, c'est son goût qui rebute certains patients. Ici aussi nous allons agir à différents niveaux. Bien sûr l'aspiration sera constante et bien positionnée pour éviter au maximum la perception gustative inconfortable. Mais les suggestions que nous placerons peuvent également temporairement supprimer le sens gustatif, ou bien encore le détourner de telle sorte qu'il est suggéré à l'inconscient du patient qu'il sirote une grenadine, confortablement installé dans son canapé par exemple...

2.2.4 Les bruits anxieux

Dans nos cabinets, tous les canaux sensoriels (Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif : le V.A.K.O.G.) sont sollicités. Associés aux odeurs parfois dérangeantes qui peuvent raviver de mauvais souvenirs (en particulier celles de l'eugénol que le cerveau associe souvent directement au « dentiste »), nous avons les bruits qui sont également une source de stress non négligeable. En effet, chez de nombreux patients, le simple bruit - relativement strident somme toute - de la « roulette » (qui va donc regrouper tous les inserts et rotatifs) peut provoquer des sueurs. Des chercheurs japonais se sont d'ailleurs intéressés aux réactions du cerveau chez des patients soumis à des stimuli auditifs propres aux cabinets dentaires⁴². Ils ont donc étudié le fonctionnement de leur cerveau dans ces conditions et dans des environnements neutres via l'IRM fonctionnelle. Leurs résultats montrent des différences significatives entre le groupe témoin, chez qui les stimuli provoquent une importante activation des aires primaires auditives (les gyrus temporaux supérieurs), et le groupe « phobique » chez lequel ils retrouvent cette fois une activation des zones intervenant dans les processus de mémorisation et d'apprentissage (noyau caudé). Ainsi ils concluent que les stimuli auditifs produisent chez ces patients déjà plus effrayés, des fonctionnements cérébraux qui leur sont propres et qui ravivent en eux des souvenirs négatifs.

Voici donc un autre aspect sensoriel à ne pas négliger pour mettre le patient à l'aise, et nous avons déjà parlé d'un fond musical dans la salle d'attente. Cela peut également être le cas dans la salle de

⁴² Ueda et al., « Brain activity during expectancy of emotional stimuli: an fMRI study ».

soin, l'idéal étant que le praticien puisse varier les styles musicaux et ambiances en s'adaptant à la situation et donc à son patient. Le but ne sera pas ici de recouvrir les bruits inhérents au cabinet dentaire, sinon le son serait trop important et la cacophonie serait plus angoissante qu'autre chose. Il s'agit d'avoir une ligne guide, un canal sensoriel auditif positif (importance du V.A.K.O.G.) sur lequel « brancher » le patient et son inconscient pour détourner finalement son attention lors de l'induction hypnotique. Cette focalisation propice à la dissociation sera mise en place dès le début de la séance et avant l'intervention des bruits anxiogènes (aspirations, « roulette », bruits métalliques des instruments...). Ainsi le patient « débranché du contexte » ne percevra plus ces bruits qui l'inquiètent. On peut même renforcer le procédé par des suggestions indirectes « *sur la plage, la brise se lève un peu... tranquillement... vous entendez au loin le tumulte du vent...* » (l'aspiration, les rotatifs). « *L'embrun vient doucement caresser votre visage...* » (les éclaboussures liées à l'irrigation). « *Calmement... vous restez confortable... très bien...* ». Les bruits et sensations qui peuvent gêner le patient et qui font partie de la réalité sont intégrés subtilement dans l'expérience hypnotique et finalement l'inconscient les transforme à son goût⁴³ en des sensations si ce n'est agréables au moins neutres. À l'inverse, il est tout à fait possible de bloquer le canal sensoriel auditif sous hypnose et de rendre temporairement le patient « sourd » et imperméable aux bruits extérieurs : « *vous flottez dans les airs... confortablement et tranquillement... dans une bulle de savon... en toute sécurité... sensation agréable de sérénité... de calme... de silence... de légèreté et progressivement vos oreilles sont cotonneuses... comme si elles étaient au repos... endormies et tranquilles... vous n'entendez finalement que le son de ma voix... au loin... portée par le vent...* ».

Le simple fait que la voix du praticien guide le patient dans son état de transe peut suffire chez certains. Au cas par cas, le praticien décidera ou non de renforcer l'état de son patient par les bonnes suggestions comme les précédentes par exemple, selon son ressenti du moment et son imagination...

« La relation à l'hypnose doit être personnalisée. Ce n'est pas le patient qui doit s'adapter à l'hypnose, mais l'hypnose qui doit se mouler au patient ». Erich Lancaster, hypnothérapeute.

2.3 Le stress du praticien

Le stress n'est pas spécifique au patient et de nombreux facteurs peuvent aussi être source de stress pour le praticien. En effet, des études récentes ont montré que notre métier est un des plus éprouvants

⁴³ Séfiani et al., « Coelochirurgie sous anesthésie locale et hypnosédation, à propos de 35 cholécystectomies et 15 cures de hernies ».

physiquement et psychologiquement⁴⁴. En témoigne d'ailleurs le nombre de burn-out croissant (épouement professionnel).

Physiquement, il est admis que bon nombre de chirurgiens-dentistes n'ont pas la position la plus ergonomique qui soit lorsqu'il s'agit de travailler au fauteuil. Les contorsions mettant à mal le squelette, les articulations et les muscles sont fréquentes. Le premier réflexe n'est en effet pas souvent de modifier la position du fauteuil ou l'inclinaison de la tête du patient. En ce qui concerne la chirurgie, l'« ancienne école » préfère travailler debout tandis que maintenant, avec les nouveaux « tabourets selles » visant à maintenir une position dorsale adéquate, on nous incite à travailler assis dans une position ergonomique et saine. Le mal de dos est une des pathologies propres à notre profession et des tensions musculaires parfois difficiles à supporter sont une source de stress indéniable, surtout si la douleur est croissante et devient chronique. Il est de plus en plus fréquent que les emplois du temps soient très chargés sur le long terme mais aussi sur la journée. À ces sources de problèmes s'ajoutent aussi ceux inhérents à la gestion d'un cabinet libéral que nous ne détaillerons pas ici.

Les bruits ambiants du cabinet dont nous venons de parler sont également problématiques pour le praticien. Bien que l'effet ne soit pas le même car il ne crée pas de source d'angoisse pour nous, la différence avec le patient vient également du fait que les bruits sont répétés plusieurs heures par jours et, ramenés à l'année, finissent par malmener nos oreilles. En effet, l'ambiance sonore oscille entre 75 et 100 dB. Or on sait que le seuil d'alerte se situe à 85 dB⁴⁵. Le risque somatique de surdité est non seulement augmenté mais l'impact de ces stimulations sensoriels négatives sur le psychisme reste important. Sur ce point, il existe maintenant des bouchons d'oreilles sur mesure permettant d'atténuer le niveau sonore général tout en conservant son audition pour dialoguer. Ce moyen mécanique reste probablement le plus efficace.

Le stress vient aussi du patient et de l'acte à réaliser. Certains patients vont s'avérer plus difficiles à gérer et à appréhender que d'autres, et si l'acte associé est particulièrement complexe dans sa réalisation, que les risques médicaux liés au patient sont importants, alors la pression peut monter encore d'un cran. Sans parler aussi de la vitalité du jour et des soucis du quotidien qui peuvent venir brouiller notre état d'esprit si nous nous laissons submerger nous aussi par nos émotions...

Finalement, le praticien est sollicité de toutes parts (aspects physiques et psychiques) et tout au long de la journée, il doit refouler ses angoisses personnelles et gérer son stress pour garder un calme permanent. Nous restons nous aussi des êtres humains, mais notre place ne nous permet pas de

⁴⁴ Kulkarni et al., « Stress and professional burnout among newly graduated dentists ».

⁴⁵ Martin, « Troubles de l'audition et exercice professionnel chez le chirurgien-dentiste : mythes et réalités ».

flancher ou de perdre notre sang froid. C'est donc un ensemble de choses qui, mises bout à bout, peuvent aboutir à un burn-out si rien n'est fait pour faire face au quotidien. Une fois de plus nous allons voir que l'hypnose est faite pour nous, et même plus particulièrement l'autohypnose.

Nous avons vu combien elle était utile à la gestion du stress, de la douleur, des angoisses et au contrôle des émotions... Le praticien qui se met donc en autohypnose peut à la fois mieux gérer son patient en lui transmettant plus efficacement le ressenti hypnotique, mais il peut également mieux se gérer lui-même, faire disparaître ses éventuelles douleurs musculaires, chasser les préoccupations négatives qui lui bloquent l'esprit, se couper des bruits ambiants, être là, ici et maintenant, avec son patient, parfaitement focalisé sur l'acte à effectuer, et d'autant plus efficace qu'il gagnera ainsi en rapidité et en lucidité. Tous les praticiens qui ont expérimenté l'hypnose témoignent d'une nette amélioration dans leur pratique et ne reviendraient pour rien au monde en arrière. Les études prouvent elles aussi une amélioration du confort opératoire qu'il soit pour le patient et également pour le chirurgien⁴⁶.

2.4 La mise en conditions

Maintenant que nous avons abordé plusieurs points clés de l'hypnose pour le patient et pour le praticien, voyons ici comment mettre le patient dans de bonnes conditions en pré-opératoire avant la phase chirurgicale. En général, nos chirurgies sont programmées. On voit donc le patient avant lors d'un premier rendez-vous pour « fixer les règles du jeu ». Il est alors intéressant de mettre en pratique nos connaissances, avec un pré-discours hypnotique (pré-talk) pour mettre le patient dans l'ambiance hypnotique. Mais souvenons-nous qu'il l'est déjà un peu depuis qu'il a passé le seuil de la porte d'entrée du cabinet... Profitons-en donc pour en consolider les bases. Observons le patient si c'est le premier rendez-vous (son langage corporel, sa manière de nous parler...), posons-lui des questions pour mieux le connaître (son métier, ses domaines de prédilection), montrons-lui qu'il est écouté et compris (reformulation), mettons-le à l'aise pour qu'il se sente en sécurité et surtout, soyons professionnel (explications adaptées et assurées) pour qu'il ait confiance.

Adaptons donc notre discours et notre attitude à sa personnalité, pour commencer à tisser des liens visant à instaurer une bonne alliance thérapeutique basée sur la confiance mutuelle qui permettra ensuite le ressenti hypnotique. Récoltons donc de précieux « indices » tout au long de l'entretien clinique, à la fois ceux qui relèvent du domaine médical, mais aussi ceux plus subtiles qui relèvent de la psychologie et qui nous seront précieux par la suite pour mettre en place nos inductions et suggestions hypnotiques. Donnons-nous donc les moyens en mettant toutes les chances de notre côté.

⁴⁶ Vanhaudenhuyse, Laureys, et Faymonville, « Neurophysiology of hypnosis ».

Et puis si nous en ressentons le besoin, chez ce patient, pour l'intervention que nous avons prévu de faire, mettons en place discrètement l'hypnose conversationnelle. Ou encore, toujours selon notre instinct, jouons cartes sur table et parlons autour de l'hypnose, pour savoir si le patient est ouvert, ce qu'il en pense. Et pourquoi pas, si besoin, toujours selon notre jugement du moment, entamons une petite séance pour tester la susceptibilité hypnotique du patient, et préparer d'ores et déjà l'intervention à venir...

« Vous êtes installé confortablement... prenez conscience du bien-être de votre corps... tranquillement... prenez conscience de votre respiration... qui se fait plus lente... calmement... préparez-vous tranquillement... à partir en voyage... là où vous le désirez... la mer, la montagne, la campagne, la forêt... vous choisissez un endroit agréable... dans lequel vous vous sentez bien... tellement bien... que vous vous laissez porter par le mouvement... le rythme tranquille de votre respiration... paisiblement... vous êtes relâché... parfaitement relaxé... vous profitez pleinement de ce moment... qui se prolongera toute la journée... si vous le souhaitez... »

Et finalement peu importe si cela fonctionne ou pas tout à fait. Il faut savoir prendre le temps, les effets - surtout les premières fois - ne sont pas toujours immédiats. Il se peut que le patient ressente tous les bienfaits de la séance en rentrant chez lui, installé confortablement dans son canapé ; ou encore le lendemain après une bonne nuit de sommeil. Il nous le dira, mais nous pouvons aussi le vérifier immédiatement après la séance. Souvent les gens décrivent une sensation de bien-être profond avec un regain d'énergie. Nous pouvons alors demander au patient de se replonger lui-même dans cet exercice agréable, quotidiennement jusqu'à notre prochaine séance. Ainsi la prochaine induction sera plus aisée, et cela permet au patient d'entrer déjà en mouvement, il est acteur dès la première rencontre...

Nous pourrions aussi tester sa suggestibilité à travers l'un des tests de l'échelle de Stanford dont nous avons parlé il y a peu de temps. Ce test est d'ailleurs souvent employé en hypnose de spectacle pour « sélectionner » les sujets les plus réceptifs. C'est un test simple et rapide, vous pourriez d'ailleurs le faire chez vous, là maintenant...

Plaçons le patient debout et demandons-lui de se positionner les pieds joints, la colonne bien droite. *« Là, tranquillement... et si vous le souhaitez, vous allez tendre les mains... et vous mettre dans la même position que moi... »* (on lui montre la position, les bras à l'équerre par rapport au corps, les mains jointes paume contre paume, doigts entrelacés sauf les index qui sont droits face à face à 1,5 cm de distance). *« Voilà très bien... et vous allez fixer vos doigts... comme ça... et petit à petit vous allez les sentir qui se rapprochent... doucement... comme des aimants... parfait vos doigts se collent, vos doigts*

se touchent... ils sont parfaitement collés, serrés... comme si je les vissais... » (on peut mimer l'acte de visser pour renforcer la suggestion). *« Voilà c'est bien... tranquille... prenez alors une grande inspiration... maintenant à 3 vos doigts vont se décoller... 1... 2... 3 ! »*. Ce test est un outil puissant et le taux de réussite s'avère presque absolu, sauf si le patient résiste tout à fait volontairement aux suggestions, on peut aussi éventuellement suggérer au patient de fermer les yeux s'il ne le fait pas de lui-même, cela rend parfois l'imagination plus libre de s'exprimer.

Nous sommes parfois amenés dans notre pratique classique à faire des prescriptions pré-opératoires pour calmer les patients anxieux. Ces prémédications sédatives comme l'Atarax® ou autres benzodiazépines, ne sont pas anodines pour le patient. Elles l'obligent non seulement à venir accompagné mais peuvent parfois entraîner des effets secondaires (amnésie antérograde, altération des fonctions psychomotrices, risque de dépendance). Il peut aussi s'avérer qu'elles soient complètement inefficaces chez certains sujets (Atarax® en particulier), ou qu'il faille augmenter les dosages.

Des études ont montré que l'utilisation de l'hypnose en phase pré-opératoire réduisait considérablement l'anxiété liée à l'intervention et diminuait de ce fait les prescriptions de prémédication sédativ⁴⁷.

⁴⁷ Lu, Lu, et Hersh, « Augmenting sedation with hypnosis in drug-dependent patients ».

3 : La phase per-opératoire et le déroulement de l'acte chirurgical

3.1 Le système nerveux autonome

Avant d'aborder la suite de notre chirurgie, revoyons tranquillement quelques notions fondamentales sur le système nerveux autonome dont nous allons avoir besoin pour être plus confortable dans la suite de notre exposé.

Le système nerveux autonome⁴⁸ est aussi appelé système nerveux végétatif. C'est lui qui est à l'origine des phénomènes physiologiques non contrôlables de façon volontaire. Ainsi, il a une action principalement sur la musculature lisse, donc sur les fonctions vasculaires, respiratoires et digestives essentiellement. Mais il agit également sur les fonctions cardiaques et certaines glandes endocrines et exocrines (salivation, sudation, sucs gastriques).

Contrairement au système nerveux somatique dont l'action est toujours stimulatrice, le système nerveux autonome peut avoir une action stimulatrice (sympathique) comme inhibitrice (parasymphatique).

Ces actions se font grâce à différents neurotransmetteurs : l'acétylcholine (inhibiteur de l'activité cardiaque pouvant engendrer une bradycardie, une baisse de la pression artérielle résultant d'une vasodilatation, une bronchoconstriction, une sécrétion des glandes salivaires), l'adrénaline (principalement sécrétée par les glandes surrénales en réponse au stress, elle est responsable de l'augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression sanguine par son effet vasoconstricteur, elle entraîne également une bronchodilatation et une inhibition de la dégranulation mastocytaire accompagnées d'une réduction de la perméabilité capillaire) et la noradrénaline (précurseur de la biosynthèse de l'adrénaline, effet vasoconstricteur entraînant une augmentation de la pression artérielle et du débit cardiaque).

Des études ont montré que sous hypnose, l'activité du système nerveux parasympathique était augmentée pendant et après la séance hypnotique⁴⁹. Les suggestions hypnotiques sont donc un facteur permettant d'agir sur les réponses nerveuses autonomes (fréquence cardiaque, tension artérielle, capacité respiratoire...). Les chercheurs ont également étudié via des microélectrodes les

⁴⁸ Méneveau, « Agonistes adrénérgiques ».

⁴⁹ VandeVusse et al., « Impact of self-hypnosis in women on select physiologic and psychological parameters ».

potentiels d'actions des neurones sympathiques post-ganglionnaires durant des suggestions hypnotiques. Ils ont alors démontré que les suggestions hypnotiques avaient un effet sur les messages nerveux générés par le système nerveux autonome⁵⁰.

Grâce à l'électroencéphalographie, le phénomène de dissociation hypnotique est soutenu par certaines études qui tendent à montrer que les personnes sous hypnose sont capables de développer des mécanismes de protection actif via le système nerveux autonome⁵¹.

Une autre étude⁵² a mis en évidence que l'hypnose pouvait influencer sur la variabilité de la fréquence cardiaque, en autorisant de ce fait une modification dans l'équilibre du système nerveux autonome tendant vers une amélioration de la fonction parasympathique de façon concomitante avec une réduction de la fonction sympathique. Ils ont aussi trouvé une corrélation entre l'effet de l'hypnose sur la réponse autonome et le degré de susceptibilité des patients. En effet il semblerait qu'il y ait une différence plus significative des résultats obtenus chez les patients hautement hypnotisables par rapport aux patients plus faiblement hypnotisables (selon l'échelle de Stanford).

L'impact de l'hypnose et de ses suggestions sur le système nerveux autonome est donc scientifiquement établi. Nous allons maintenant détailler les différents aspects de notre acte chirurgical où l'hypnose peut alors s'avérer être un allié précieux.

3.2 L'anesthésie

Concernant l'anesthésie, il existe trois niveaux ou degrés d'action :

- L'hypnothérapie dite simple avec le travail psychologique de détente et de « lâcher-prise » qui fonctionnera et suffira chez les patients les moins anxieux.
- L'hypnoalgésie, avec laquelle il s'agit de prévenir, limiter et supporter voire supprimer les sensations douloureuses grâce aux outils de communication hypnotique telles les métaphores analgésiques.
- L'hypnosédation - développée au CHU de Liège par le Docteur Faymonville dans les années 1990 - qui regroupe quant à elle hypnose et sédation consciente intraveineuse. Bien qu'elle soit plus régulièrement employée au bloc opératoire, elle reste adaptable à la pratique au cabinet dentaire car elle permet de diminuer les doses d'anesthésiques utilisés et de potentialiser leurs effets, que

⁵⁰ Robinson et al., « Examining sympathetic nerve activity with microneurography during hypnosis: untangling the effects of central command ».

⁵¹ Sebastiani et al., « Autonomic and EEG correlates of emotional imagery in subjects with different hypnotic susceptibility ».

⁵² DeBenedittis et al., « Autonomic changes during hypnosis ».

ce soit pour les anesthésiques locaux mais aussi pour le MEOPA (Mélange Équimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote)⁵³.

Nous avons évoqué précédemment la bélérophobie, qui touche de nombreux patients selon leur vécu et leur sensibilité propre. Il est avéré que les anesthésies dentaires ne sont pas des plus agréables : anesthésie palatine douloureuse, para-apicales des secteurs antérieurs inconfortables, sans oublier l'anesthésie mandibulaire locorégionale qui de par le diamètre plus élevé de l'aiguille s'avère impressionnante en plus d'être désagréable.

Nous savons qu'être attentif à la vitesse d'injection, au placement du biseau de l'aiguille, à la stimulation de la muqueuse (gate control), à la diversion par la parole, à faire des injections traçantes et à éviter les zones sensibles, nous permettent déjà d'atténuer le ressenti négatif du patient. Pour certains cela suffira d'ailleurs à canaliser leur angoisse et à réaliser notre anesthésie de manière simple. Mais l'hypnose s'est avérée être une fois de plus un outil imparable dans le domaine de l'anesthésiologie⁵⁴ puisqu'elle est de plus en plus utilisée pour des interventions chirurgicales importantes (chirurgies viscérales, cérébrales, mammaires et même lors d'accouchements) dans de nombreux pays.

Nous avons vu que l'hypnose réduisait considérablement l'anxiété pré-opératoire des patients, il semble utile d'ajouter ici que son rôle peut même aller au-delà car elle est particulièrement adaptée pour lutter contre la phobie des aiguilles (bélérophobie). De plus, chez un patient angoissé, le stress, la panique et ce qui s'ensuit contribuent à augmenter la sensation douloureuse. L'efficacité du produit anesthésiant est diminuée à cause des mécanismes liés au stress. L'hypnose, en agissant donc sur cet aspect, permet de potentialiser les effets de l'anesthésie⁵⁵ car elle est mieux acceptée par le patient, psychologiquement et physiquement, elle s'installera alors mieux et plus rapidement.

Voyons comment l'anesthésie hypnotique pourrait être mise en place pour une chirurgie. Par la suite, le praticien pourra décider si nécessaire, selon le patient et/ou l'acte, de compléter cette anesthésie par une injection locale classique une fois le patient entré en transe.

Le texte qui suit retranscrit la vidéo d'Hypnoteeth⁵⁶ intitulée « vidéo clinique montrant un soin dentaire avec une Analgésie Hypnotique ».

⁵³ DiBona, « Nitrous oxide and hypnosis; a combined technique ».

⁵⁴ Coldrey et Cyna, « Suggestion, hypnosis and hypnotherapy: a survey of use, knowledge and attitudes of anaesthetists ».

⁵⁵ Lu, Lu, et Hersh, « Augmenting sedation with hypnosis in drug-dependent patients ».

⁵⁶ Hypnoteeth, « Galerie vidéos ».

Les paroles du praticien sont entre guillemets, une description de la gestuelle est donnée et les commentaires sur la démarche hypnotique sont entre parenthèses.

« Vous allez placer tranquillement vos mains... comme ceci... » Le praticien demande à la patiente de placer ses 2 mains devant elle, paumes vers son visage en lui montrant le geste à reproduire. « Voilà... et je vais vous demander simplement d'observer vos mains... et puis vous les observez comme ça simplement... et puis vous allez vous poser la question de savoir laquelle est la plus chaude... ». La patiente regarde ses mains alternativement. Progressivement les doigts de sa main gauche se rétractent légèrement. Elle passe le regard de l'une à l'autre. « Et puis... vous pouvez vous poser la question également... de savoir s'il y en a une qui est plus légère que l'autre... » La patiente regarde ses mains alternativement de nouveau. Les doigts de sa main gauche sont toujours légèrement rétractés vers sa paume. « Et puis... vous pouvez vous poser la question de savoir s'il y en a une qui est plus confortable que l'autre... ou bien est ce qu'elles sont toutes les deux confortables ?... » La patiente regarde dans le vide. La main droite s'élève très légèrement, tandis que la gauche baisse un peu. « Lorsque... vous êtes prête à travailler... vos yeux vont-ils se fermer ?... » La patiente ferme doucement les yeux, ses doigts tremblent légèrement de façon non coordonnée. « Trèèèèè bieeeen... (ratification) et je n'ai absolument aucune idée... de comment vous allez faire... et vous certainement non plus... mais vous allez constater... et vous serez probablement surprise... dans quelques instants... l'une de vos mains... va s'engourdir... va... s'endormir... » La main gauche décline progressivement. « Et quand c'est le cas je vais vous demander de me signaler laquelle c'est... » (signaling de la main endormie). La main gauche continue de s'affaisser pendant que les doigts bougent légèrement. « La main gauche... » (ratification). Elle descend jusqu'à se poser sur la cuisse. « Et puis vous allez prendre... 1, 2, 3 respirations... » (approfondissement de la transe). La main droite descend progressivement à son tour. « Plus profondes... pour augmenter votre confort... et votre bien-être... » La main droite descend et se pose sur la cuisse (vérification de l'anesthésie). « Est-ce que l'une de vos mains a déjà cette sensation d'anesthésie ?... » La patiente remue la main gauche, ses doigts s'entrouvrent et se ferment. « La gauche ?... Elle va ainsi pouvoir monter... à son rythme... au niveau du visage... et au niveau de la joue... de la mâchoire... côté gauche... » La patiente commence à déplacer sa main. « Trèèèèè biiiiien... » (ratification) « et vous la sentez monter... de plus en plus... et lorsque votre main va toucher votre visage... doucement... vous allez découvrir... quelque chose de nouveau... et je n'ai aucune idée... de comment vous allez faire pour transmettre l'anesthésie... (étendue de l'anesthésie à toute la zone) qui va s'étendre... de la région de la mâchoire inférieure gauche... à la joue... à la lèvre ?... à la gencive... et lorsque vous sentez que l'anesthésie... est tout à fait suffisante... qu'elle est tout à fait forte... et vraiment confortable... pour vous... » La main est toujours posée sur la joue. « Et seulement à ce moment-là... votre main pourra redescendre... » La main reprend petit à petit sa position sur la cuisse.

« Très bien... et vous allez continuer à partir... » Le fauteuil s'allonge. « Plus loin et plus profondément... à votre rythme... » Le praticien s'installe, met ses gants, son masque. « Simplement et facilement... » Le soin débute. La patiente garde les yeux fermés pendant toute la durée de l'intervention. La respiration est tranquille. (...) Le soin est terminé. « Quand vous avez fini c'est bien normal... » La main gauche touche la joue, les yeux sont toujours fermés. « Quand vous avez retrouvé toutes vos sensations... vous pourrez prendre une grande respiration... et revenir complètement... bien détendue ! » La patiente ouvre les yeux, prend une grande respiration et sourit.

On retrouve également ce genre d'induction anesthésiante par hypnose lors d'une pose d'implant chez une patiente⁵⁷. Les interventions de ce type fleurissent dans les cabinets belges et anglo-saxons mais sont encore trop rares en France. Trop peu d'études ont été menées à ce jour et beaucoup de recherches restent à entreprendre pour donner plus de poids à l'hypnose, car il ne fait toutefois aucun doute que cette technique est prometteuse.

On peut cependant déjà affirmer que lors d'une analgésie hypnotique, des processus inhibiteurs du système nerveux autonome sont détectés par électroencéphalogramme (EEG) et jouent un rôle dans la régulation de la perception douloureuse, bien que ces processus soient plus efficaces chez les personnes hautement hypnotisables par rapport à celles qui le sont moins⁵⁸.

L'utilisation de l'hypnosédation au cabinet dentaire peut également permettre d'éviter certaines interventions (extractions de dents de sagesse ou extractions multiples) de se dérouler sous anesthésie générale au bloc opératoire. Des études ont démontré que l'utilisation de l'hypnosédation pour l'extraction de dents de sagesse réduisait considérablement la quantité d'anesthésie délivrée pendant l'intervention mais aussi les douleurs post-opératoires et par conséquent les quantités d'antalgiques prescrits⁵⁹.

L'analgésie hypnotique est aussi une bonne solution lorsque les patients ont des contre-indications aux produits anesthésiques locaux avec vasoconstricteurs. En effet, ces derniers peuvent alors recevoir les soins adéquats dans des conditions beaucoup plus sereines et sécurisantes. Ainsi il est possible de diminuer les doses avec l'hypnosédation, par exemple dans le cas de pathologies cardio-vasculaires (HTA, angor et arythmies) mais aussi endocriniennes (hyperthyroïdie et diabète non équilibrés). Ces pathologie nécessitant des précautions d'usage telles qu'un dosage plus faible des vasoconstricteurs (1/200 000) et une quantité limitée d'anesthésie (maximum 2 cartouches), l'hypnosédation nous

⁵⁷ Asquith, *Hypnosurgery live - dentistry clip.mpg*.

⁵⁸ Sebastiani et al., « Autonomic and EEG correlates of emotional imagery in subjects with different hypnotic susceptibility ».

⁵⁹ Mackey, « Effects of hypnosis as an adjunct to intravenous sedation for third molar extraction: a randomized, blind, controlled study ».

permettra alors de palier à cette diminution d'anesthésie locale. Ou bien il est également possible de supprimer complètement l'anesthésie locale en faisant une induction analgésique (hypnoanalgésie) si les contre-indications sont absolues (phéochromocytome, irradiations de la sphère oro-faciale > 40 Gy).

3.3 Le réflexe nauséux

Le réflexe nauséux se définit comme un mécanisme de défense incontrôlé visant à protéger les voies aériennes supérieures face à l'introduction de corps étrangers dans la cavité buccale. Aussi appelé « haut-le-cœur » ou nausée, c'est un problème assez fréquent pendant les soins dentaires. Il rend les procédures thérapeutiques angoissantes et souvent difficiles voire parfois impossibles à réaliser dans les cas les plus extrêmes. Il existe différents moyens qui peuvent être mis en place pour contrôler ce réflexe. Par exemple, les antiémétiques, les sédatifs et la phytothérapie peuvent être prescrits en amont de la séance de soin. Dans le but de mener à terme nos actes parfois complexes, on peut également avoir recours aux anesthésies (locale en spray, gel, injections ou encore générale⁶⁰), à la sédation consciente au protoxyde d'azote, à de la thérapie comportementale, de la digipuncture (technique inspirée de l'acupuncture où l'aiguille est remplacée par une pression des doigts), de l'acupuncture, ou bien évidemment à de l'hypnose⁶¹.

Le fonctionnement du réflexe nauséux est donc décrit comme une réponse naturelle du corps qui engendre des contractions musculaires involontaires à la base de la langue et du pharynx⁶². C'est donc une sensation subjective qui prend source au niveau cortical. Même si ce réflexe est bien un phénomène naturel, il n'en est pas moins un obstacle connu aux soins dentaires s'il est de nature exagérée. En omnipratique, il pourra donc poser problème à de nombreuses étapes telles que la réalisation de clichés radiographiques intra-oraux, les soins endodontiques sur dents postérieures, les diverses empreintes prothétiques pour certaines très complexes, les extractions de dents de sagesse, etc...

Il a été établi que la nausée était 44% supérieure pendant un soin dentaire comparé à d'autres situations⁶³. Une étude menée en 2013 a même démontré que les problèmes engendrés par un réflexe nauséux exagéré étaient à l'origine de 20% des évitements de soins dentaires par les patients⁶⁴.

⁶⁰ Bassi, Humphris, et Longman, « The etiology and management of gagging: a review of the literature ».

⁶¹ Eli et Kleinhauz, « Hypnosis: a tool for an integrative approach in the treatment of the gagging reflex ».

⁶² Bassi, Humphris, et Longman, « The etiology and management of gagging: a review of the literature ».

⁶³ Bassi, Humphris, et Longman.

⁶⁴ Saita et al., « Relationship between gagging severity and its management in dentistry ».

Les chercheurs ont identifié deux principales catégories de patients nauséux : un groupe dit somatogène, avec comme origine du trouble une sensibilité accrue des récepteurs dans les zones anatomiques ; et un groupe dit psychogène, chez qui la peur et l'anxiété seraient les éléments déclencheurs du phénomène.

La cavité buccale a révélé 5 régions comme étant les principales zones gâchettes du réflexe nauséux : le tiers postérieur de la langue qui est la zone la plus sensible de toute la cavité orale, l'arrière-bouche, le palais, l'uvule et la paroi postérieure du pharynx. Lorsque ces zones sont stimulées, les fibres afférentes des nerfs correspondants (le nerf trijumeau, le nerf glossopharyngien et le nerf vague) transmettent le signal au bulbe rachidien. C'est là que l'influx efférent provoque alors des spasmes et des contractions musculaires désordonnées caractérisant le réflexe nauséux. De plus, le centre du bulbe rachidien est proche des centres vomitif, salivaire et cardiaque, qui peuvent alors être stimulés à leur tour. C'est pourquoi le « haut-le-cœur » peut parfois s'accompagner d'une salivation excessive, de larmoiement, de sudation ou plus rarement d'évanouissement. En outre, les trajets nerveux allant du centre de la nausée vers le cortex cérébral permettent au réflexe d'être modifié par les centres supérieurs, ce qui rend possible le déclenchement du « haut-le-cœur » rien qu'en imaginant une expérience désagréable, ou bien à l'inverse de le contrôler dans une certaine mesure par des moyens de distraction⁶⁵.

Localement, le réflexe nauséux dépend principalement de 5 types de stimuli :

- les stimuli mécaniques, qui sont produits à cause des instruments dentaires ou matériaux qui stimulent directement les zones gâchettes par contact,
- les stimuli olfactifs et gustatifs, qui peuvent être attribués aux odeurs ou aux goûts des matériaux dentaires ou bien du sang,
- les stimuli visuels, par lesquels la simple vue des instruments, matériaux ou la mise en place du plateau technique déclenchent le réflexe nauséux (d'où l'importance de préparer le plateau chirurgical avant que le patient ne soit installé),
- les stimuli acoustiques, qui sont dus aux bruits des instruments rotatifs, de l'aspiration, ou encore des craquements potentiels lors de l'intervention,
- et les stimuli psychiques, qui sont quant à eux initiés par la peur et l'anxiété du patient, soit par rapport à une expérience négative antérieure, soit selon des raisons psychologiques.

⁶⁵ Bassi, Humphris, et Longman, « The etiology and management of gagging: a review of the literature ».

Nous noterons, à titre indicatif, que différents niveaux de sévérité de la nausée ont été mesurés et que l'on peut les évaluer avec l'aide de différents questionnaires, indexes, échelles ou mesures tels que :

- le Gagging Problem Assessment Questionnaire (GPA-pa SF)⁶⁶
- le Gagging Severity Index (GSI) et le Gagging Prevention Index (GPI)
- une Échelle Visuelle Analogique (VAS),
- et en mesurant la profondeur d'insertion tolérée d'un coton au niveau du palais mou⁶⁷.

Nous allons maintenant décrire les moments clés d'une intervention chirurgicale qui pourraient être perturbés voire empêchés par ce « réflexe nauséeux ».

Préalablement à notre intervention, nous allons être amenés à réaliser une radiographie intra-buccale pour pouvoir visualiser la zone d'intervention et ainsi programmer l'acte chirurgical. Par l'intermédiaire de ce cliché, nous pourrions éventuellement expliquer au patient le choix thérapeutique ainsi que le déroulement de l'intervention. Il est important pour certains d'être rassurés et d'avoir des explications pour mieux accepter la perte d'un organe dentaire⁶⁸.

En particulier dans les secteurs postérieurs, les radiographies intra buccales peuvent alors ne pas être tolérées par le patient, de par l'encombrement volumique du capteur et la proximité géographiques des zones gâchettes précédemment évoquées. Bien entendu, dans les extractions multiples de dents de sagesse, la radiographie panoramique est le cliché de choix. Il ne posera pas de problème pour sa réalisation, et permettra la programmation de l'acte chirurgical sans obstacle. Cependant, c'est souvent de cette manière que l'on peut en premier lieu, sur un nouveau patient, mettre à jour ce réflexe nauséeux qui nous posera problème par la suite.

Lors d'un examen poussé des muqueuses buccales chez un patient à risque, par exemple, l'examen de la langue de façon aboutie et des zones rétro-molaires peut alors se révéler compliqué.

Au moment de l'anesthésie, tous les stimuli vont être réunis, à la fois visuel avec la seringue, gustatif avec ce goût très amer propre au produit anesthésiant, psychique avec l'anxiété qui accompagne très fréquemment cette étape, auditif avec l'enclenchement de l'aspiration et mécanique si l'anesthésie est postérieure ou bien encore si la canule d'aspiration est mal placée.

⁶⁶ Saita et al., « Relationship between gagging severity and its management in dentistry ».

⁶⁷ Barenboim, Dvoyris, et Kaufman, « Does granisetron eliminate the gag reflex? a crossover, double-blind, placebo-controlled pilot study ».

⁶⁸ Frémaux, « Accompagnement psychique du patient traité par prothèse amovible complète ».

Peut-être que le phénomène sera amplifié lors de la désinfection buccale, si l'on met de la Bétadine® en complément du bain de bouche préalable ; si l'assistante, par mégarde, déplace l'embout de la canule d'aspiration vers une zone gâchette.

Lorsque le goût du sang se fait sentir, c'en est parfois trop pour certains patients.

À l'instant où, dans l'acte chirurgical, nos instruments et nos doigts (il est parfois utile de ressentir les mouvements de luxation en s'aidant de notre proprioception) associés à l'aspiration, deviennent trop encombrant et trop proches des zones sensibles, tout peut alors basculer en un instant.

Si nous devons nous servir des instruments rotatifs, c'est généralement l'anxiété - déjà souvent très forte - qui complique la situation.

Au moment d'effectuer nos sutures, il est important de bien repousser la langue et le fil peut parfois chatouiller les muqueuses.

Il convient donc, lors de toutes ces étapes, de prendre les précautions de base nécessairement avec tous nos patients ; comme préparer notre plateau technique avant de l'installer sur le fauteuil, le rassurer et le détendre au moyen d'un vocabulaire adapté et d'explications claires, éviter les stimuli visuels en lui demandant de fermer les yeux ou en passant les instruments en dehors de son champ de vision, avertir sur les goûts « parfois étranges » et bien placer l'aspiration pour les limiter, se montrer doux et délicats dans nos gestes, avoir un fond musical relaxant et qui limite les stimuli auditifs.

Le réflexe nauséux exagéré est parfois une réponse apprise suite à une expérience désagréable, c'est pourquoi elle est très susceptible aux techniques de modifications comportementales. L'idée pour rendre nos soins possibles est alors de « désapprendre » le comportement menant au réflexe.

Parmi ces techniques de modification comportementale, on retrouve donc les techniques de relaxation⁶⁹ de distraction mentale, la désensibilisation systématique⁷⁰, les suggestions et l'hypnose⁷¹.

Les techniques de modifications comportementales sont considérées comme les méthodes les plus efficaces pour le contrôle du réflexe nauséux en pratique dentaire⁷². Parmi celles-ci, l'hypnose s'est révélée être la plus efficace et ses effets peuvent perdurer dans le temps⁷³.

⁶⁹ Bassi, Humphris, et Longman, « The etiology and management of gagging: a review of the literature ».

⁷⁰ Singer, « The marble technique: a method for treating the "hopeless gagger" for complete dentures ».

⁷¹ Eli et Kleinhauz, « Hypnosis: a tool for an integrative approach in the treatment of the gagging reflex ».

⁷² Ramsay et al., « Problematic gagging: principles of treatment ».

⁷³ Eli et Kleinhauz, « Hypnosis: a tool for an integrative approach in the treatment of the gagging reflex ».

Voyons maintenant comment l'appliquer simplement, au moyen de l'exemple ci-dessous, au cours de notre chirurgie - quelle qu'elle soit - au cabinet dentaire.

« C'est le bon moment de la journée... et c'est comme si un petit creux se faisait sentir... oui vous le sentez... vous êtes bien et vous savez qu'il est temps de reprendre des forces... choisissez de manger ce qui vous ferait plaisir... une petite envie sucrée... ou serait-ce quelque chose de salé... vous le visualisez... c'est quelque chose que vous aimez... délicatement... vous l'observez... vous vous sentez mieux... tellement bien... vous le sentez dans votre main... peut-être est-ce tiède... ou plutôt frais... vous décidez de ce qui vous plait... vous sentez le doux parfum... et déjà vous ressentez le goût... tellement bien, agréablement bon... vous avalez tranquillement votre salive... bien... confortablement bien... vous croquez un morceau... c'est agréable... sentez les parfums se mêler dans votre bouche... les saveurs chatouiller votre palais... c'est si bon... si plaisant... si agréable quand vous avalez votre bouchée... sereinement et confortablement... vous ressentez ses sensations bienfaisantes... vous les appréciez... vous savourez... tranquillement... et vous prenez une nouvelle bouchée... tout aussi succulente... tout aussi douce dans votre gorge... ».

Notons tout de même que l'utilisation de la sédation consciente au protoxyde d'azote (MEOPA) est aussi une technique intéressante pour les nausées modérées car il n'y a pas de mise en place complexe, peu d'effets secondaires et cette technique ne s'accompagne de vomissements ou de nausées que dans 6% des cas⁷⁴. Il peut parfois être intéressant de combiner plusieurs techniques de choix.

3.4 Le flux sanguin

Lors de certaines chirurgies, le « facteur saignement » peut parfois s'avérer être un handicap : mauvaise visibilité du site opératoire, patient dérangé par le goût, aspiration encombrante à manier efficacement... C'est le cas en particulier pour les extractions, poses d'implants (sauf sur la fin de l'acte), chirurgie pré-prothétiques, résection osseuses, résections apicales et chirurgies endodontiques... À l'inverse, nous recherchons parfois à avoir une vascularisation avec un flux sanguin suffisant dans certaines étapes de chirurgies parodontales par exemple pour la vascularisation d'un greffon ou lors d'un comblement osseux, mais aussi pour l'ostéointégration d'un implant, le comblement suffisant d'une alvéole par un caillot sanguin lors d'une cicatrisation de seconde intention...

Alors serait-il finalement possible de contrôler ce flux de sang comme l'on ouvre et l'on ferme un robinet selon nos besoins en eau ?

⁷⁴ Bassi, Humphris, et Longman, « The etiology and management of gagging: a review of the literature ».

Comme nous l'avons préalablement expliqué, l'état hypnotique nous autorise à agir sur de nombreuses fonctions physiologiques autonomes telles que le rythme cardiaque, le diamètre des bronches, le diamètre des vaisseaux sanguins (pour diminuer voire stopper les saignements), les sécrétions acides dans l'estomac ou encore les mouvements du tube digestif⁷⁵.

Des chercheurs ont d'ailleurs montré que les suggestions hypnotiques agissaient directement sur le flux sanguin dermique mesuré à la surface de la peau et pouvaient ainsi l'augmenter ou le diminuer⁷⁶.

Lors de chirurgies maxillo-faciales, certains chercheurs se sont intéressés aux variations du flux sanguin sous hypnose⁷⁷, ils ont observé que les suggestions introduites lors de l'intervention permettaient de diminuer significativement les saignements par rapport aux patients qui ne bénéficiaient pas d'hypnose. Ils ont également montré que de ce fait le rétablissement post-opératoire était plus rapide. D'autres études tendent à démontrer les mêmes résultats.

Nous pourrions donc, par des suggestions bien choisies, adapter le flux sanguin du site opératoire aux besoins de l'intervention. Voyons maintenant comment nous pourrions nous y prendre, pourquoi pas en utilisant l'image d'un robinet que l'on ouvre ou ferme...

« Toujours dans le jardin... où vous vous sentez tellement bien... en paix... le chant des oiseaux qui vous chatouille les oreilles... si agréablement bien... vous admirez les arbres... majestueux et forts... les fleurs... plus frêles... elles sont belles... elles vous inspirent confiance... elles sont si paisibles... c'est la fin de la journée... il a fait très beau... c'était tellement bien... elles ont besoin d'eau... vous pouvez les aider... vous voulez bien faire... vous êtes si bien... en pleine forme... alors tranquillement... à votre rythme... vous prenez un arrosoir... un arrosoir plein d'eau... une eau spéciale... très riche... très fortifiante... très vivifiante... cette eau va aider les fleurs à garder leur forme... vous êtes paisible... vous les aidez... tout doucement et délicatement... vous versez le précieux liquide dans le pot... tranquillement... très bien... le juste niveau... le bon équilibre... vous savez doser... vous savez quand vous arrêter pour qu'elles aient suffisamment d'énergie... elles sont en sécurité avec vous... vous vous occupez tellement bien d'elles... parfait... vous vous sentez merveilleusement bien... en pleine forme... et quand il le faut... vous reposez l'arrosoir à sa place... vous avez réussi brillamment... c'est parfait... tout va bien se passer maintenant et grâce à vous... ».

⁷⁵ Mairlot, « De l'art de la communication ».

⁷⁶ Zachariae, Oster, et Bjerring, « Effects of hypnotic suggestions on ultraviolet B radiation-induced erythema and skin blood flow ».

⁷⁷ Enqvist, von Konow, et Bystedt, « Pre- and perioperative suggestion in maxillofacial surgery: effects on blood loss and recovery ».

Ainsi, l'hypnose permettrait même des extractions chez des personnes hémophiles ou atteintes d'autres troubles de la coagulation, avec seulement une bonne gestion du risque hémorragique qui est important. Un protocole d'hémostase classique suffit et les patients n'ont pas besoin de transfusion⁷⁸ car les saignements sont contrôlés par les suggestions.

3.5 Le débit salivaire

Les glandes salivaires sont des glandes exocrines qui sont à l'origine de la salive, premier actif chimique de la digestion. On compte trois paires symétriques de glandes salivaires dites principales. Les glandes sublinguales dont les canaux excréteurs s'abouchent au niveau du plancher buccal, les glandes submandibulaires dont le canal de Wharton excrète la salive sous la langue également, et les glandes parotides qui se drainent sur la face interne des joues.

Les glandes salivaires accessoires quant à elles, sont disséminées dans la muqueuse buccale et sont responsables de 8% de la sécrétion salivaire totale.

Les noyaux gris centraux sont les centres nerveux de la salivation. Ils sont situés au niveau du plancher du 4ème ventricule. C'est le système nerveux autonome qui va réguler le débit salivaire en recevant des informations depuis les centres nerveux supérieurs (émotion, vue) mais aussi des centres nerveux périphériques (mastication, chaleur). À ce stade, les deux systèmes interviennent : le système sympathique (acétylcholine et noradrénaline) et le système parasympathique (acétylcholine).

En ce qui concerne les glandes salivaires, l'acétylcholine agit directement sur les cellules composant les glandes pour augmenter leur activité sécrétoire via le système parasympathique. A contrario, pour obtenir une diminution de la sécrétion des glandes salivaires, l'ordre va émaner du système nerveux sympathique qui va provoquer une vasoconstriction, entraînant de ce fait une diminution indirecte du débit sanguin vers les glandes salivaires. Ceci a alors pour conséquence directe une diminution de leur activité et ainsi une baisse voire une suppression de la sécrétion salivaire⁷⁹.

Des chercheurs se sont intéressés à la variation de la production salivaire sous l'influence de suggestions hypnotiques⁸⁰. Leurs conclusions montrent que l'hypnose est en effet une méthode efficace pour réduire les sécrétions salivaires et apporter de ce fait un meilleur confort lors de l'intervention, tant pour le praticien que pour le patient.

⁷⁸ Kushnir, Banack, et Marks, « Clinical hypnosis - a perspective ».

⁷⁹ Lacroix, « Partie 2 : physiologie, la sécrétion salivaire ».

⁸⁰ Satzl et al., « Significant variation in salivation by short-term suggestive intervention: a randomized controlled cross-over clinical study ».

« Vous naviguez... paisiblement... l'eau est douce et il fait bon flâner sur ce canal... confortablement installé dans votre transat... vous entendez le clapotis de l'eau sur la coque de votre bateau... le canal bifurque au loin... vous décidez de prendre à droite... ou peut-être est-ce plutôt à gauche... là, parfait... c'est vous qui décidez... vous menez l'embarcation... où bon vous semble... là où vous vous sentez parfaitement bien... relaxé et calme... voilà... vous apercevez une écluse au loin... vous allez passer cette étape facilement... sans aucune difficulté... l'éclusier vous guide... il vous dit quoi faire... il vous dit où aller... pour que tout se passe bien... parfaitement bien... calmement et en sécurité... il sait ce que vous devez faire... vous savez comment faire... vous travaillez en équipe... main dans la main... très bien... et vous voyez l'eau qui s'écoule d'un côté... et qui est bloquée de l'autre côté... l'eau est là... toujours tranquille et limpide... calme... mais elle est bloquée... les vannes sont fermées... et c'est vous qui décidez... avec l'éclusier... quand il sera temps... de libérer l'eau... de l'autre côté... encore un instant... tranquillement... vous la contenez pour le moment... c'est mieux pour passer l'écluse... vous être maître de la situation... calme et sûr de vous... l'eau vous écoute... vous écoutez le clapotis de l'eau... ».

3.6 La douleur

« La douleur est légère quand l'opinion ne l'exagère point ». Sénèque

La douleur est un mécanisme d'alarme naturel et indispensable qui met en garde l'organisme pour entraîner des réponses réflexes qui vont tendre à éviter des conséquences nocives. En effet, une sensation de chaleur trop intense par exemple entraînera une suppression volontaire du stimulus avant le phénomène de brûlure. Il ne s'agit pas de la remettre en cause, car elle est vitale, mais il s'agit de l'appivoiser grâce à l'hypnose.

L'Association Internationale d'Étude de la Douleur (IASP) définit la douleur comme « une sensation et une expérience émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes ». Cette définition permet de ne pas réduire la douleur au simple stimulus nociceptif mais bien d'accorder sa part d'importance à l'émotion et au ressenti affectif de l'individu qui sera propre à son vécu. Il est donc admis qu'il y a trois composantes inhérentes à la douleur : la composante sensori-discriminative (localisation, intensité, stimulation) qui correspond à la nociception, mais aussi les composantes cognitivo-comportementales (interprétation de la douleur selon l'histoire personnelle) et affective (processus de signalisation émotionnelle engendré) associées à la notion de vécu sur l'instant. La classification d'Okeson fait d'ailleurs état de deux axes différents : l'axe I dit physique et l'axe II caractérisé par l'état psychologique, influencé par l'anxiété et les troubles de l'émotion. Bien souvent, une douleur a un impact sur la qualité de vie pouvant entraîner des modifications comportementales, sociales et devenant alors un réel handicap.

Le mécanisme nociceptif est complexe mais il est important d'en exposer les grandes lignes directrices qui nous seront utiles. Le message nociceptif est généré par un stimulus nocif au niveau des terminaisons libres des fibres nerveuses afférentes qui vont ensuite relayer le message jusqu'au système nerveux central. Au niveau cortical, il a été démontré que de nombreuses structures interviennent alors⁸¹ : le cortex cingulaire antérieur (pour l'aspect désagréable, la composante émotionnelle), le cortex somatosensoriel (intensité et qualité de la douleur), l'insula (gestion du confort et de l'intégrité physique, discrimination affective et émotionnelle), le cortex préfrontal (valeur de la menace et implications négatives de la douleur, aspect cognitivo-comportemental) et le thalamus (capacités d'élimination de l'inconfort, aspect cognitivo-comportemental).

La douleur est donc une entité multidimensionnelle car elle dépend de nombreux facteurs et est régie par différentes aires cérébrales qui interagissent et envoient des signaux neuronaux divers et variés. La douleur serait-elle « dans la tête » ?

Les neurosciences démontrent que les suggestions hypnotiques agissent sur les 3 composantes de la douleur qui sont impliquées dans l'expérience nociceptive. Dans un contexte douloureux, l'analyse de la répartition du débit sanguin cérébral⁸² montre que sous hypnose, nous sélectionnons les réseaux associatifs sensoriels spécifiques afin de recréer un état de bien-être.

Des chercheurs ont voulu montrer que des suggestions hypnotiques suscitant volontairement l'aversion pouvaient provoquer des modifications somatiques chez les patients. Ce modèle d'étude a révélé que les suggestions aversives pour ces patients étaient en effet capables de reproduire des résultats comportementaux et des réponses nerveuses autonomes (augmentation des fréquences cardiaque, et respiratoire) caractéristiques de la peur provoquée chez eux en temps normal, face à ce genre de situation⁸³.

Un exemple d'exercice très adapté à la gestion de la douleur en odontologie, mais qui fonctionne aussi parfaitement en autohypnose, consiste à demander au patient de choisir un souvenir qui lui est agréable. Nous allons ensuite l'accompagner dans ce souvenir tout en le laissant choisir, c'est lui qui le connaît le mieux après tout. Nous serons là pour l'accompagner de nos suggestions, introduisant quelques métaphores pour induire de la confusion et le faire avec humour. Si l'empathie se révèle forte, nous allons nous aussi partager ce souvenir agréable et aider le patient dans la gestion de sa

⁸¹ Jensen et Patterson, « Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings ».

⁸² Jensen et Patterson.

⁸³ Gemignani et al., « Changes in autonomic and EEG patterns induced by hypnotic imagination of aversive stimuli in man ».

douleur avec ce cheminement interne qu'il lui sera aisé de reproduire seul par la suite. L'avantage, c'est que la majorité des gens a au moins un souvenir agréable à relater...

3.7 La durée du soin

L'estimation du temps, d'une durée par l'individu est un processus complexe qui résulte de l'attention que l'on porte à la tâche que l'on accomplit. En réalisant cette tâche en pleine conscience, le cerveau humain est capable d'estimer approximativement la durée qu'il a passé à l'accomplir, bien que cela soit également très subjectif. Quoi qu'il en soit, l'un des phénomènes qui accompagne très souvent une séance d'hypnose est la distorsion temporelle perçue par de nombreux patients. En effet, après un acte dentaire sous hypnose, ils seraient plus de la moitié⁸⁴ à sous-estimer le temps passé sur le fauteuil dentaire. Cela serait plutôt une donnée positive, ils trouveraient donc l'intervention efficace, indolore et le praticien rapide. N'est-ce pas finalement ce que tout le monde souhaiterait ?

Précisons que parfois l'intervention prendra plus de temps qu'une intervention ordinaire, et en particulier les premières fois, lorsque l'induction hypnotique a du mal à s'établir car le patient n'est pas familiarisé avec l'expérience, ou encore lorsque le praticien débute dans ce domaine... Toutefois ce temps n'est pas du temps perdu. Il sera en effet non seulement gagné en confort lors du soin mais aussi et surtout pour les prochaines inductions hypnotiques qui n'en seront que plus rapides avec la pratique et l'entraînement⁸⁵. De plus, le praticien qui se met en autohypnose décuple ses capacités et l'acte est facilité par le calme du patient, qui ne générera pas de mouvements parasites dérangeants et épuisants pour le praticien. Ce dernier sera alors pleinement concentré sur sa tâche, parfaitement efficace et donc plus rapide. La distorsion temporelle se fera également pour lui et non pas seulement pour le patient. Mais l'inconscient du praticien veillera à gérer le temps écoulé...

Le « gain » est tellement significatif que des études⁸⁶ ont démontré une diminution importante des coûts hospitaliers pour une intervention chirurgicale menée sous hypnose à la place d'une anesthésie générale. Les patients n'ont en fait pas les effets secondaires de l'anesthésie générale, ils sont réveillés rapidement et « retrouvent leur esprit » directement. Ils peuvent finalement rentrer plus vite chez eux et reprendre une vie normale. À cela s'ajoute une diminution des prescriptions post-opératoires et un rétablissement plus prompt dont nous reparlerons. La durée et les coûts liés à l'intervention sont ainsi réduits. À quand une prise en charge par la CPAM ?

⁸⁴ Fábíán, « Hypnosis in dentistry 2. Amnesia, analgesia, loss of time perception: spontaneous manifestations during use of hypnosis in dentistry ».

⁸⁵ Jensen et Patterson, « Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings ».

⁸⁶ Elkins, Jensen, et Patterson, « Hypnotherapy for the management of chronic pain ».

4 : La phase post-opératoire vue en détails

4.1 Les conseils post-opératoires

Comme à chaque fin de chirurgie, le praticien donne les conseils post-opératoires. En effet, il est parfois utile de les donner d'abord en amont de la chirurgie pour que le patient puisse s'y préparer et prévoir, selon l'acte (se faire raccompagner chez lui par quelqu'un, ne pas venir en voiture). Il est aussi judicieux de donner la prescription médicale en amont pour que le patient anticipe et aille à la pharmacie chercher ce dont il aura besoin (antibiotiques, antalgiques, bain de bouche, Actipoché®) pour ne pas avoir à le faire en sortant du cabinet, cela permet aussi de le rassurer. Les conseils post-opératoires sont les garants d'une bonne poursuite de la chirurgie et d'une bonne cicatrisation. Ils seront donc donnés oralement mais aussi par écrit. Ici, les suggestions post-hypnotiques vont avoir leur importance car elles seront alors renforcées et le praticien pourra suggérer certaines choses au patient pour améliorer la qualité de la suite de soin.

Les suggestions post-hypnotiques sont glissées sous hypnose et auront pour but d'agir postérieurement à l'état de transe hypnotique, une fois le patient sorti du cabinet⁸⁷. Elles permettent de prolonger certains effets sur le long terme, comme un sentiment de bien-être et d'antalgie, une mobilisation de l'énergie et des potentiels de cicatrisation, une bonne maîtrise des saignements post-opératoires⁸⁸...

Voici donc un exemple des conseils post-opératoires que nous pourrions remettre au patient par écrit⁸⁹ :

Sensations

Après toute intervention, il est **logique de ressentir quelque chose**. Pour être tranquille, il faut prendre la ou les prescriptions et renouveler cette prise si nécessaire en respectant la dose indiquée.

⁸⁷ Kushnir, Banack, et Marks, « Clinical hypnosis - a perspective ».

⁸⁸ Abdeslahi et al., « Effect of hypnosis on induction of local anaesthesia, pain perception, control of haemorrhage and anxiety during extraction of third molars: a case-control study ».

⁸⁹ Arar, « Hypnose clinique : un confort pour le patient... et pour le praticien ».

Cicatrisation

Une discrète couleur rosée peut teinter la salive le premier jour. Avalez bien votre salive et évitez de rincer car ceci soutiendrait le phénomène. Si cela persiste, comprimez l'endroit avec une petite compresse sèche en continu pendant 15 minutes. Renouvelez la manœuvre 2 ou 3 fois si nécessaire.

Autres manifestations

Votre joue peut augmenter de volume. Pour limiter cela, il faut préférer des aliments frais ou froids autant que possible (yaourts, glaces ...).

Appliquez dès les premières heures une poche de glace sur la joue du côté intéressé et renouvelez cette application par périodes de 20 minutes, 3 à 4 fois le jour du soin et le lendemain.

Si vous vous allongez, gardez toujours la tête plus haute que les pieds (coussin sous la nuque).

Bains de bouche

Abstenez-vous de bain de bouche pendant les 48 premières heures suivant le soin. Brossez-vous les dents délicatement en contournant la zone sensible et rincez doucement en laissant l'eau s'écouler tranquillement de votre bouche.

Alimentation

Mangez froid le premier jour puis tiède les deuxième et troisième jours.

Ordonnance

Prenez les prescriptions à la dose indiquée et pendant la période notée sur l'ordonnance, en respectant le temps mentionné **même si vous vous sentez bien**.

Si vous en ressentez le besoin, vous pouvez nous contacter par téléphone au cabinet.

Cette présentation des conseils post-opératoires emploie un vocabulaire très choisi. En effet, nous ne retrouvons pas de mots à connotations négatives tels que chirurgie, douleur, mal, rouge, aggraver, rechute à craindre... Les négations, que l'inconscient n'entend pas ne sont également pas employées. Tout est donc fait pour avoir un contexte positif que l'inconscient entendra et mettra en application. Bien sûr, cela ne dispense pas d'un contrôle de cicatrisation par le praticien si besoin. Il est intéressant de renforcer ces conseils par des suggestions post-hypnotiques que l'on peut glisser pendant

l'intervention pour améliorer au mieux les suites de l'intervention. Les complications n'en seraient que réduites et les résultats perdureront sur le long terme⁹⁰.

« Nous touchons maintenant au but... bientôt... mais quelques idées encore à conserver dans votre tête... vous vous souvenez parfaitement de tout ce que nous nous sommes dit... tout est là... en mémoire... et vous savez quoi faire... pour continuer de vous sentir bien... voilà... parfait... vous avez tout ce qu'il faut pour que tout se passe parfaitement bien... tranquillement... vous êtes en sécurité avec vous-même... là, calmement... et quand vous serez chez vous... quand vous passerez le pas de votre porte... à cet instant... un sentiment de bien-être total... et de relaxation profonde... vous envahira instantanément... et vous serez bien chez vous... serein... et alors peut-être vous vous reposerez... si votre corps en ressent le besoin... c'est bien... tout se déroulera normalement... parfaitement et agréablement bien... ».

4.2 Les prescriptions post-opératoires

Les prescriptions après un acte chirurgical sont variables. En effet, on retrouve toujours des antalgiques et un bain de bouche. Selon les interventions et les patients, cette « base » sera plus ou moins complétée par des antibiotiques, des anti-inflammatoires, une brosse à dent post-chirurgicale, une poche de glace... Mais là n'est pas le centre du sujet. Nous allons en effet plutôt nous concentrer sur les douleurs et inconforts post-opératoires pour savoir si oui ou non l'hypnose peut aider le patient et par quel moyen.

Nous avons vu précédemment que l'hypnose avait une action significative et non négligeable sur les perceptions douloureuses. Qu'en est-il donc de son rôle dans la gestion de la douleur post-opératoire par le patient, et peut-elle alors aider à réduire la consommation parfois exagérée d'antalgiques ?

Le rôle des suggestions post-hypnotiques dont nous avons déjà parlé est important sur ce point particulier⁹¹. En effet, grâce à elles, le confort du patient et sa gestion de la douleur peuvent être prolongés même en l'absence du praticien. Si une pratique personnelle de l'autohypnose est associée, le patient met alors toutes les chances de son côté. Lors de chirurgies plus complexes (greffes pédiculées sur le corps), l'autohypnose enseignée aux patients a même permis à une grande majorité d'entre eux de ne prendre aucun antalgique⁹² lors des suites opératoires.

⁹⁰ Elkins, Jensen, et Patterson, « Hypnotherapy for the management of chronic pain ».

⁹¹ Enqvist et Fischer, « Preoperative hypnotic techniques reduce consumption of analgesics after surgical removal of third mandibular molars: a brief communication ».

⁹² Scott, « Hypnosis in pedicle graft surgery ».

Tout comme la dose de produit anesthésiant nécessaire en per-opératoire sous hypnose qui diminue fortement⁹³, la consommation d'antalgiques en post-opératoire par le patient sera elle aussi significativement réduite⁹⁴ si le praticien a su trouver les mots justes et préparer le patient en conséquence. Il reste ensuite libre de laisser sa posologie classique en place, faisant ainsi confiance à l'inconscient du patient pour gérer les prises, ou bien de la réduire directement sur la prescription.

Grâce à l'hypnose nous éviterions de ce fait les dépassements fréquents des posologies par les patients, leurs dépenses à la pharmacie seraient réduites et la sécurité sociale ne s'en plaindrait pas.

4.3 Le système immunitaire

D'après le Docteur Mairlot, qui enseigne l'hypnose à des chirurgiens-dentistes en Belgique, en état hypnotique, l'action permise sur les fonctions involontaires permet de moduler les systèmes immunitaires et hormonaux. Une fois de plus, l'hypnose nous permet d'avoir une influence sur le système autonome.

Finalement, la visualisation imaginaire d'une action va entraîner un phénomène physiologique concret chez le patient. Par exemple, s'imaginer en état hypnotique plonger ses mains dans une eau glacée va entraîner un phénomène de vasomotricité en réaction ; les vaisseaux vont se contracter et la main va blanchir. On observe le phénomène inverse de vasodilatation si la suggestion concerne une eau très chaude. Ce phénomène est appelé « phénomène idéo-moteur » car les idées suggérées sont ensuite transformées en actions concrètes⁹⁵.

De nombreuses études ont fait états de cicatrisation nettement améliorée chez des grands brûlés⁹⁶ avec une meilleure récupération à la suite des soins. Le rétablissement post-opératoire est donc facilité grâce à l'hypnose⁹⁷ en de nombreux aspects, comme le délai de cicatrisation qui est réduit. On peut penser que le fait de diminuer la dose d'anesthésie, c'est-à-dire d'avoir moins de vasoconstricteurs et de régler l'afflux sanguin sur le site opératoire (par nos suggestions hypnotiques) joueraient un rôle majeur dans le délai de cicatrisation : les cellules et facteurs responsables de l'hémostase, les défenses immunitaires seraient ainsi mieux véhiculées jusqu'au site opératoire.

⁹³ Mackey, « Effects of hypnosis as an adjunct to intravenous sedation for third molar extraction: a randomized, blind, controlled study ».

⁹⁴ Abdeshahi et al., « Effect of hypnosis on induction of local anaesthesia, pain perception, control of haemorrhage and anxiety during extraction of third molars: a case-control study ».

⁹⁵ Mairlot, « De l'art de la communication ».

⁹⁶ Zimmerman, « Hypnotherapy in surgical management: a review ».

⁹⁷ Enqvist, von Konow, et Bystedt, « Pre- and perioperative suggestion in maxillofacial surgery: effects on blood loss and recovery ».

« Très bien... vous êtes toujours aussi détendu, c'est toujours aussi agréable... et nous approchons de la fin... bientôt... mais avant... vous allez vous concentrer encore un tout petit peu... pour mobiliser vos ressources... pour permettre une bonne cicatrisation... une cicatrisation rapide... et efficace... votre corps sait très bien comment s'y prendre... donnez-lui les commandes... et laissez vous guider par cette formidable organisation... toute petite mais si autonome... si efficace... vos cellules sont de véritables machines... pleines de technologie... pleines de pouvoirs... laissez les agir... laissez-les vous protéger... vous êtes bien... elles s'occupent de tout... elles s'occupent de vous... vivez pleinement... en pleine forme... faites le plein de vitalité... ».

4.4 Les souvenirs de l'acte opératoire

Avec toutes les techniques évoquées, nous pouvons dire que nous avons mis en œuvre les conditions optimales pour que l'intervention se déroule idéalement pour le patient, le praticien et son équipe. La satisfaction sera au rendez-vous et un patient anxieux voire phobique de prime abord n'en sera finalement que plus reconnaissant des compétences du praticien et de l'attention qu'il lui a portée. L'hypnose entraînerait même par la suite une augmentation de la fréquentation des patients dans les cabinets dentaires⁹⁸. Elle serait donc utile en ce sens et pourrait avoir un impact positif sur la prévention bucco-dentaire.

À titre indicatif, nous ajouterons ici qu'il est toutefois possible d'induire sous hypnose une amnésie partielle⁹⁹ si besoin. Cependant, si l'intervention s'est déroulée parfaitement, avec une impression de bien être propre à l'état hypnotique, avec un sentiment de fluidité, de facilité et de rapidité, le sentiment du patient sera positif, son souvenir sera bon et ses angoisses seront estompées voire gommées pour les rendez-vous futurs.

⁹⁸ Jugé et Tubert-Jeannin, « Effets de l'hypnose lors des soins dentaires ».

⁹⁹ Fábíán, « Hypnosis in dentistry 2. Amnesia, analgesia, loss of time perception: spontaneous manifestations during use of hypnosis in dentistry ».

Conclusion

Nous avons donc abordé les différents atouts de l'outil hypnotique au travers d'un acte de chirurgie buccale. Il apparaît clairement que notre pratique ne peut que se bonifier d'un tel moyen qui devrait faire partie intégrante de notre arsenal thérapeutique. Ses apports sont multiples, tant pour le patient que pour le praticien et son équipe, tant sur le point psychique que physique, tant sur l'instant présent que sur le long terme. Mais surtout, et ce n'est pas négligeable, c'est un savoir qui se transmet au patient et qui peut s'appliquer au quotidien, en « vivant hypnose » et en pratiquant l'autohypnose jusqu'à en améliorer significativement sa qualité de vie.

Ses indications sont donc multiples et l'hypnose peut nous aider en de nombreux aspects importants propres à notre intervention chirurgicale : canaliser l'anxiété liée à un acte chirurgical (aiguille, sang, perte d'une dent...), mieux gérer la douleur et avoir une mise en place facilitée de l'anesthésie, optimiser le confort opératoire et l'efficacité du praticien (flux sanguin, débit salivaire...), obtenir des suites post-opératoires plus rapides et plus sereines...

Mais comme notre pratique ne se résume pas seulement à un acte technique, ne négligeons pas les bénéfices qu'elle apporte à notre communication et à l'établissement de notre alliance thérapeutique, point de départ concret de notre intervention, qu'elle soit chirurgicale, prothétique ou endodontique.

Qu'en serait-il d'une utilisation de l'hypnose sur les terrains les plus inaccessibles ? Quand le matériel et le temps manquent, en situation d'urgence, de précarité lorsque nous disposons de peu de moyens, nous qui sommes si matériel-dépendants dans notre pratique courante ? Je pense par exemple aux missions humanitaires¹⁰⁰ dans des endroits reculés, mais aussi par exemple pour les dentistes réservistes dans les interventions sur le terrain avec l'armée... L'histoire nous indique d'ailleurs que l'hypnose fut une grande ressource en temps de guerre, notamment au cours des deux dernières Guerres Mondiales¹⁰¹.

Alors l'hypnose serait-elle un véritable outil tout terrain aux applications infinies ?

¹⁰⁰ Andrick, « Cultivating a "chairside manner": dental hypnosis, patient management psychology, and the origins of behavioral dentistry in America, 1890-1910 ».

¹⁰¹ Crocq, Bachelart, et Bioy, « Les thérapies par l'hypnose dans les armées, quelques jalons dans l'histoire ».

Si les indications sont multiples, les contre-indications sont rares¹⁰² : problèmes psychologiques avérés, absence de concentration, différence de langage et surdité.

L'hypnose a donc une place de choix dans la pratique quotidienne de l'art dentaire au cabinet, il importe simplement au praticien de se former correctement pour voir son exercice thérapeutique enrichi d'un nouvel outil et sa qualité d'exercice augmentée. Après y avoir goûté, rares sont ceux (patients et praticiens) qui pourraient alors s'en passer.

Bien que de nombreuses lacunes persistent encore dans la littérature, l'essor de l'hypnose en chirurgie orale en France ne fait que commencer et l'offre des formations tend à se diversifier. La recherche a encore beaucoup de réponses à apporter aux mécanismes profonds expliquant les fonctionnements psychiques et somatiques de la transe hypnotique, mais le sujet est vaste et complexe par la difficulté de mise en œuvre et de standardisation des protocoles d' tude¹⁰³. En effet, les études en double aveugle sont infaisables, les biais quasi omniprésents sont toujours plus compliqués à gérer dans des études faisant intervenir une part importante de psychologie¹⁰⁴, les résultats des études d j à peu nombreuses sont souvent discutables... Il apparaît donc que la littérature doit encore s'enrichir sur le sujet.

Si l'hypnose devient finalement un incontournable de l'arsenal thérapeutique du chirurgien-dentiste, qu'en est-il de son encadrement légal et surtout de son  thique ? On sait que l'hypnose a d j beaucoup souffert d'une image déformée par le charlatanisme, entachée de croyances autour de ses dangers potentiels et malmenée par les préjugés qui l'entourent encore de nos jours dans le monde médical ou m diatique¹⁰⁵. Il n'y a assurément aucun danger dans cet outil thérapeutique. Le seul recensé pourrait éventuellement être une dépendance du patient envers son praticien, or cela s'av rerait finalement être faux quand on sait que c'est un savoir qui se transmet et que le but ultime est de remettre les clés de sa guérison au patient qui en est l'acteur. Alors, comme beaucoup d'outils, les principaux dangers de l'hypnose seront ceux que son utilisateur voudra lui donner. Seul un praticien dénué d'éthique associé à une pratique négative peuvent alors être dangereux pour le patient.

Souvenons-nous d'Hippocrate et de l'un de ses nombreux enseignements « primum non nocere », « d'abord, ne pas faire mal », et comme le dit si justement le Docteur Delzangles « osons le voyage... »¹⁰⁶.

¹⁰² Rault, « L'utilisation de l'hypnose en anesthésie, l'expérience de l'endoscopie digestive ».

¹⁰³ Elkins, Jensen, et Patterson, « Hypnotherapy for the management of chronic pain ».

¹⁰⁴ Häuser et al., « The efficacy, safety and applications of medical hypnosis ».

¹⁰⁵ Kushnir, Banack, et Marks, « Clinical hypnosis - a perspective ».

¹⁰⁶ Delzangles, *Hypnose et odontologie : osez le voyage...*

Bibliographie

- Abdeshahi, S.K., M.A. Hashemipour, V. Mesgarzadeh, A. Shahidi Payam, et A. Halaj Monfared. « Effect of hypnosis on induction of local anaesthesia, pain perception, control of haemorrhage and anxiety during extraction of third molars: a case-control study ». *Journal of cranio-maxillo-facial surgery* 41, n° 4 (2013): 310- 15. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2012.10.009>.
- Almoznino, G., A. Zini, Y. Auroy, R. Yanko, A. Lvovsky, et D.J. Aframian. « Overlap between dental anxiety, gagging and blood-injection-injury related fears - a spectrum of one multidimensional phenomenon ». *Physiology & behavior* 165 (2016): 231- 38. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2016.07.021>.
- Amouroux, R., C. Rousseau-Salvador, et D. Annequin. « L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention ». *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique* 168, n° 8 (2010): 588- 92. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.10.017>.
- Andrick, J.M. « Cultivating a "chairside manner": dental hypnosis, patient management psychology, and the origins of behavioral dentistry in America, 1890-1910 ». *Journal of the history of the behavioral sciences* 49, n° 3 (2013): 235- 58. <https://doi.org/10.1002/jhbs.21605>.
- Arar, O. « Hypnose clinique : un confort pour le patient... et pour le praticien ». Thèse d'exercice : Lyon 1, 2011.
- Asquith, A. *Hypnosurgery live - dentistry clip.mpg*, 2006. <https://www.youtube.com/watch?v=ZEj57Qr6yrQ>.
- Barenboim, S., V. Dvoyris, et E. Kaufman. « Does granisetron eliminate the gag reflex? a crossover, double-blind, placebo-controlled pilot study ». *Anesthesia progress* 56, n° 1 (2009): 3- 8. <https://doi.org/10.2344/0003-3006-56.1.3>.
- Bassi, G. S., G. M. Humphris, et L. P. Longman. « The etiology and management of gagging: a review of the literature ». *The journal of prosthetic dentistry* 91, n° 5 (2004): 459- 67. <https://doi.org/10.1016/S0022391304000939>.
- Braid, J. *Neurypnology; or, the rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism*, London : Churchill, 1843. <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k77109g>.
- Coldrey, J. C., et A. M. Cyna. « Suggestion, hypnosis and hypnotherapy: a survey of use, knowledge and attitudes of anaesthetists ». *Anaesthesia and intensive care* 32, n° 5 (2004): 676- 80.
- Crocq, L., M. Bachelart, et A. Bioy. « Les thérapies par l'hypnose dans les armées, quelques jalons dans l'histoire ». *Annales médico-psychologiques* 171, n° 9 (2013): 662- 66. <http://www.em-consulte.com/en/article/848036>.
- DeBenedittis, G., M. Cigada, A. Bianchi, M. G. Signorini, et S. Cerutti. « Autonomic changes during hypnosis: a heart rate variability power spectrum analysis as a marker of sympatho-vagal balance ». *The international journal of clinical and experimental hypnosis* 42, n° 2 (1994): 140- 52. <https://doi.org/10.1080/00207149408409347>.
- Delcombel, B., et J. Zimmer. *Enquête d'actualité - Dent l'hypnose@. Hypnose : les secrets d'un phénomène*, 2015. <https://www.youtube.com/watch?v=mBXU25tA-tc>.
- Delzangles, B. *Hypnose et odontologie : osez le voyage...* Bruxelles : Satas, 2015.
- DiBona, M. C. « Nitrous oxide and hypnosis; a combined technique ». *Anesthesia progress* 26, n° 1 (1979): 17- 19.

- Eli, I., et M. Kleinhaus. « Hypnosis: a tool for an integrative approach in the treatment of the gagging reflex ». *International journal of clinical and experimental hypnosis*, 1985, 33th ed. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00207148508406640?journalCode=nhyp20>.
- Elkins, G., M.P. Jensen, et D.R. Patterson. « Hypnotherapy for the management of chronic pain ». *The international journal of clinical and experimental hypnosis* 55, n° 3 (2007): 275- 87. <https://doi.org/10.1080/00207140701338621>.
- Enqvist, B., et K. Fischer. « Preoperative hypnotic techniques reduce consumption of analgesics after surgical removal of third mandibular molars: a brief communication ». *The international journal of clinical and experimental hypnosis* 45, n° 2 (1997): 102- 8. <https://doi.org/10.1080/00207149708416112>.
- Enqvist, B., L. von Konow, et H. Bystedt. « Pre- and perioperative suggestion in maxillofacial surgery: effects on blood loss and recovery ». *The international journal of clinical and experimental hypnosis* 43, n° 3 (1995): 284- 94. <https://doi.org/10.1080/00207149508409971>.
- Gay, M.-C. « L'hypnose : un descriptif ». *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique* 165, n° 3 (2007): 172- 79. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2005.06.012>.
- Gemignani, A., E. Santarcangelo, L. Sebastiani, C. Marchese, R. Mammoliti, A. Simoni, et B. Ghelarducci. « Changes in autonomic and EEG patterns induced by hypnotic imagination of aversive stimuli in man ». *Brain research bulletin* 53, n° 1 (2000): 105- 11.
- Gerschman, J. A. « Hypnotizability and dental phobic disorders ». *Anesthesia progress* 36, n° 4- 5 (1989): 131- 37.
- Häuser, W., M. Hagl, A. Schmierer, et E. Hansen. « The efficacy, safety and applications of medical hypnosis ». *Deutsches arzteblatt international* 113, n° 17 (2016): 289- 96. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2016.0289>.
- Hypnoteeth. « Galerie vidéos ». Hypnoteeth, 2016. <http://www.hypnoteeth.com/ressources/galerie-videos/>.
- Jensen, M.P., et D.R. Patterson. « Hypnotic approaches for chronic pain management: clinical implications of recent research findings ». *The american psychologist* 69, n° 2 (2014): 167- 77. <https://doi.org/10.1037/a0035644>.
- Jugé, C., et S. Tubert-Jeannin. « Effets de l'hypnose lors des soins dentaires ». *Effects of hypnosis in dental care (English)*, Revue de la littérature, 42, n° Part 1 (2013): e114- 24. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2012.08.006>.
- Kulkarni, S., N. Dagli, P. Duraiswamy, H. Desai, H. Vyas, et K. Baroudi. « Stress and professional burnout among newly graduated dentists ». *Journal of international society of preventive & community dentistry* 6, n° 6 (2016): 535- 41. <https://doi.org/10.4103/2231-0762.195509>.
- Kushnir, S., A. D. Banack, et C. P. Marks. « Clinical hypnosis - a perspective ». *Canadian family physician* 20, n° 6 (1974): 63- 74. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2274196/>.
- Lacroix, M. « Partie 2 : physiologie, la sécrétion salivaire », 2016. <https://www.cours-medecine.info/physiologie/secretion-salivaire.html?page=secretion-salivaire>.
- Lu, D. P., G. P. Lu, et E. V. Hersh. « Augmenting sedation with hypnosis in drug-dependent patients ». *Anesthesia progress* 42, n° 3- 4 (1995): 139- 43.
- Lynn, S., E. Myer, et J. Mackillop. « Contemporary hypnosis ». *The systematic study of negative post-hypnotic effects: research hypnosis, clinical hypnosis and stage hypnosis* 17, n° 3 (2000): 127- 31.

- Mackey, Edward F. « Effects of hypnosis as an adjunct to intravenous sedation for third molar extraction: a randomized, blind, controlled study ». *The international journal of clinical and experimental hypnosis* 58, n° 1 (2010): 21- 38. <https://doi.org/10.1080/00207140903310782>.
- Mairlot, E. « De l'art de la communication ». *Le généraliste*, n° 613 (2002): 16.
- Martin, A. « Troubles de l'audition et exercice professionnel chez le chirurgien-dentiste : mythes et réalités ». Thèse d'exercice : Université Nantes, 2003.
- Méneveau, N. « Agonistes adrénérgiques ». Cours centre universitaire de Besançon, 2001. <http://www.besancon-cardio.org/cours/65-agonistes-adrenergiques.php>.
- Montgomery, G., M. Hallquist, J. Schnur, D. David, J. Silverstein, et D. Bovbjerg. « Mediators of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients: Response expectancies and emotional distress. » *Journal of consulting and clinical psychology* 78, n° 1 (2010): 80- 88. <https://doi.org/10.1037/a0017392>.
- Moreni, A., et A. Barber. « Origines et histoire de l'hypnose ». *Kinesithérapie, la revue* 15 (2015): 14- 19. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2015.03.015>.
- Ramsay, D.S., P. Weinstein, P. Milgrom, et T. Getz. « Problematic gagging: principles of treatment ». *The journal of the american dental association* 114, n° 2 (1987): 178- 83. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1987.0023>.
- Rault, P. « L'utilisation de l'hypnose en anesthésie, l'expérience de l'endoscopie digestive ». *Le praticien en anesthésie réanimation* 9, n° 3 (2005): 216- 19. [https://doi.org/10.1016/S1279-7960\(05\)83704-0](https://doi.org/10.1016/S1279-7960(05)83704-0).
- Robinson, R.C., H. Crasilneck, J. P. Garofalo, et T. Whitfill. « Examining sympathetic nerve activity with microneurography during hypnosis: untangling the effects of central command ». *The international journal of clinical and experimental hypnosis* 54, n° 4 (2006): 448- 56. <https://doi.org/10.1080/00207140600860675>.
- Saita, N., K. Fukuda, Y. Koukita, T. Ichinohe, et S. Yamashita. « Relationship between gagging severity and its management in dentistry ». *Journal of oral rehabilitation* 40, n° 2 (2013): 106- 11. <https://doi.org/10.1111/joor.12014>.
- Satzl, M., A. Schmierer, F. Zeman, G. Schmalz, et T. Loew. « Significant variation in salivation by short-term suggestive intervention: a randomized controlled cross-over clinical study ». *Head & face medicine* 10 (2014): 49. <https://doi.org/10.1186/1746-160X-10-49>.
- Scott, D. L. « Hypnosis in pedicle graft surgery ». *British journal of plastic surgery* 29, n° 1 (1976): 8- 13.
- Sebastiani, L., A. Simoni, A. Gemignani, B. Ghelarducci, et E. L. Santarcangelo. « Autonomic and EEG correlates of emotional imagery in subjects with different hypnotic susceptibility ». *Brain research bulletin* 60, n° 1 (2003): 151- 60. [https://doi.org/10.1016/S0361-9230\(03\)00025-X](https://doi.org/10.1016/S0361-9230(03)00025-X).
- Séfiani, T., M. Uscaïn, J.-L. Sany, D. Grousseau, P. Marchand, D. Villate, et J.-L. Vincent. « Cœliochirurgie sous anesthésie locale et hypnosédation, à propos de 35 cholécystectomies et 15 cures de hernies ». *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation* 23, n° 11 (2004): 1093- 1101. <https://doi.org/10.1016/j.annfar.2004.08.014>.
- Singer, I. L. « The marble technique: a method for treating the "hopeless gagger" for complete dentures ». *The journal of prosthetic dentistry* 29, n° 21 (1973): 146- 50.
- Ueda, K., Y. Okamoto, G. Okada, H. Yamashita, T. Horii, et S. Yamawaki. « Brain activity during expectancy of emotional stimuli: an fMRI study ». *Neuroreport* 14, n° 1 (2003): 51- 55. <https://doi.org/10.1097/01.wnr.0000050712.17082.1c>.

- VandeVusse, L., L. Hanson, M.A. Berner, et J.M. White Winters. « Impact of self-hypnosis in women on select physiologic and psychological parameters ». *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing* 39, n° 2 (2010): 159- 68. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2010.01103.x>.
- Vanhaudenhuyse, A., S. Laureys, et M.-E. Faymonville. « Neurophysiology of hypnosis ». *Neurophysiologie clinique* 44, n° 4 (2014): 343- 53. <https://doi.org/10.1016/j.neucli.2013.09.006>.
- Zachariae, R., H. Oster, et P. Bjerring. « Effects of hypnotic suggestions on ultraviolet B radiation-induced erythema and skin blood flow ». *Photodermatology, photoimmunology & photomedicine* 10, n° 4 (1994): 154- 60.
- Zimmerman, D. « Hypnotherapy in surgical management: a review ». *Journal of the royal society of medicine* 73, n° 8 (1980): 579- 80.

Table des figures

Figure 1 : Le magnétisme animal, séance du baquet de Messmer	9
Figure 2 : Charcot se tenant face à ses élèves avec sa célèbre patiente Blanche Wittmann	12
Figure 3 : Portrait de Milton Erickson offert à Jean Godin par Madame Erickson.....	17
Figure 4 : Représentation schématique d'une séance d'hypnose	19

Vu, le Directeur de thèse

Vu, le Doyen de la Faculté de Chirurgie dentaire
de l'Université Paris Descartes

Docteur Ilanit ELBAZ-COHEN

Professeur Louis MAMAN

Vu, le Président de l'Université Paris Descartes
Professeur Frédéric DARDEL
Pour le Président et par délégation,

Le Doyen Louis MAMAN

Hypnose et chirurgie buccale : de la physiopathologie à la prise en charge pratique pré-, per- et post-opératoire

Résumé :

L'essor de l'hypnose en France ne fait que commencer et ses applications thérapeutiques se multiplient au fil des années. En psychologie et en médecine générale, ses diverses applications sont bien documentées et son efficacité n'est plus à prouver.

En médecine bucco-dentaire, l'un de ses premiers domaines d'application, elle gagne progressivement du terrain et les possibilités de se former sont maintenant plus nombreuses. Les bénéfices pour le patient, le praticien et son équipe, dans sa mise en place lors d'une dynamique d'omnipratique tendent à se faire connaître.

La chirurgie orale est probablement l'intervention la plus redoutée par un patient se rendant chez le dentiste. En de nombreux points, cet acte semble parfois insurmontable tant dans son image psychique souvent déformée de « boucherie », que dans sa dimension somatique associée à un acte douloureux et mutilant. Les sources et motifs d'appréhension sont nombreux et propres à chaque patient ainsi qu'à son vécu. Il appartient à chaque praticien d'apporter confort et sécurité, et de créer une alliance thérapeutique efficace et stable. L'hypnose s'avère être une base solide sur laquelle construire une relation de qualité qui permettra la réalisation de soins agréables et finalement « anodins ».

Cette thèse a donc pour objectif de décrypter les atouts de l'hypnose pour montrer en quoi et comment elle peut être intégrée lors des différents temps opératoires d'une chirurgie orale, afin d'être bénéfique à l'objectif de cet acte technique et aux différents protagonistes.

Et pourquoi pas, en seconde intention, de susciter ou confirmer des envies de formation au monde hypnotique...

Discipline :

Chirurgie orale

Mots clés fMesh et Rameau :

Hypnose en anesthésie -- Thèses et écrits académiques ; Bouche -- Chirurgie -- Thèses et écrits académiques ; Hypnose -- histoire -- Dissertations universitaires ; Hypnose dentaire -- Dissertations universitaires

Université Paris Descartes
Faculté de Chirurgie dentaire
1, rue Maurice Arnoux
92120 Montrouge