HAL open science

Pratique de l'hypnose chez un patient en situation de handicap

Ny Aina Rasolofomanana

To cite this version:

Ny Aina Rasolofomanana. Pratique de l'hypnose chez un patient en situation de handicap. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02309161

HAL Id: dumas-02309161

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02309161

Submitted on 9 Oct 2019

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

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

université de BORDEAUX

U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2019 Thèse n°67

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT
de
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par Ny Aina RASOLOFOMANANA

Née le 26 septembre 1987 à Bordeaux (33)

Le 19 septembre 2019

PRATIQUE DE L'HYPNOSE CHEZ UN PATIENT EN SITUATION DE HANDICAP

Sous la direction de :
M. le Docteur Yves DELBOS

Membres du jury :

Présidente	Professeur M.-J.BOILEAU	Professeur des Universités
Directeur	Docteur Y. DELBOS	Maître de Conférences des Universités
Rapporteur	Docteur A. AUSSEL	Maître de Conférences Associé
Assesseur	Docteur C.SEDARAT	Maître de Conférences des Universités

UNIVERSITE DE BORDEAUX

MAJ 01/03/2019

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

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

Directrice	Mme BERTRAND Caroline	58-01
Directeur Adjoint à la Pédagogie	Mr DELBOS Yves	56-01
Directeur Adjoint – Chargé de la Recherche	M. CATROS Sylvain	57-01
Directeur Adjoint – Chargé des Relations Internationales	M. LASSERRE Jean-François	58-01

ENSEIGNANTS DE L'UFR

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Caroline	BERTRAND	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Marie-José	BOILEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Sylvain	CATROS	Chirugie orale	57-01
M	Raphaël	DEVILLARD	Odontologie restauratrice et endodontie	58-01
Mme	Véronique	DUPUIS	Prothèse dentaire	58-01
M.	Bruno	ELLA NGUEMA	Sciences anatomiques et physiologiques - Biomatériaux	58-01
M.	Jean-Christophe	FRICAIN	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Elise	ARRIVÉ	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Cécile	BADET	Biologie Orale	57-01
M.	Etienne	BARDINET	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Michel	BARTALA	Prothèse dentaire	58-01
M.	Cédric	BAZERT	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Christophe	BOU	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Sylvie	BRUNET	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
M.	Jacques	COLAT PARROS	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M,	Jean-Christophe	COUTANT	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
M.	François	DARQUE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	François	DE BRONDEAU	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Yves	DELBOS	Odontologie pédiatrique	56-01
M,	Emmanuel	D'INCAU	Prothèse dentaire	58-01
M.	Dominique	GILLET	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Jean-François	LASSERRE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Yves	LAUVERJAT	Parodontologie	57-01
Mme	Odile	LAVIOLE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Jean-Marie	MARTEAU	Chirurgie buccale – Pathologie et thérapeutique	57-01
Mme	Javotte	NANCY	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Adrien	NAVEAU	Prothèse dentaire	58-01
M.	Jean-François	PELI	Odontologie restauratrice – Endodontie	58-01
M.	Philippe	POISSON	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02

M.	Patrick	ROUAS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Johan	SAMOT	Biologie Orale	57-01
Mme	Maud	SAMPEUR	Orthopédie dento-faciale	56-01
M.	Cyril	SEDARAT	Parodontologie	57-01
Mme	Noélie	THEBAUD	Biologie Orale	57-01
M.	Eric	VACHEY	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

AUTRES ENSEIGNANTS

Mme	Audrey	AUSSEL	Sciences anatomiques et physiologiques	58-01
Mme	Elsa	GAROT	Odontologie pédiatrique	56-01

ASSISTANTS

Mme	Mathilde	BOUDEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M.	Wallid	BOUJEMAA AZZI	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Melle	Camille	BOULÉ-MONTPEZAT	Odontologie pédiatrique	56-01
Mlle	Anaïs	CAVARE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Hubert	CHAUVEAU	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
M,	Jean-Baptiste	CULOT	Fonctions/dysfonctions, imagerie, biomateriaux	58-01
M	Pierre-Hadrien	DECAUP	Fonctions/dysfonctions, imagerie, biomateriaux	58-01
Mme	Severine	DESCAZEAUX	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Julia	ESTIVALS	Odontologie pédiatrique	56-01
M.	Cédric	FALLA	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mme	Mathilde	FENELON	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Agathe	GREMARE	Biologie orale	57-01
M	Mickaël	HYVERNAUD	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Clémence	JAECK	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Mathilde	JACQUEMONT	Parodontologie	57-01
Mme	Olivia	KEROUREDAN	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01
Mme	Claudine	KHOURY	Prévention épidémiologie – Economie de la santé – Odontologie légale	56-02
Mr	Antoine	LAFITTE	Orthopédie dento-faciale	56-01
M	Adrien	LASTRADE	Prothèse dentaire	58-01
M.	Emmanuel	MASSON REGNAULT	Chirurgie Orale	57-01
Mme	Marie	MÉDIO	Orthopédie dento-faciale	56-01
Mme	Aude	MENARD	Prothèse dentaire	58-01
M	Antoine	POPELUT	Parodontologie	57-01
M	Florian	PITEU	Prothèse dentaire	58-01
Mr	Thibaut	ROULLAND	Prothèse dentaire	58-01
M.	François	ROUZÉ L'ALZIT	Prothèse dentaire	58-01
Mme	Rawen	SMIRANI	Parodontologie	57-01
Mme	Sophia	ZIANE	Odontologie conservatrice – Endodontie	58-01

A notre Présidente de thèse

Madame le Professeur Marie-José Boileau

Professeur des Universités et Praticien Hospitalier

Sous-section Orthopédie-dento-faciale 56-01

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'accepter de présider ma thèse mais également, pour l'ensemble de l'enseignement empli de bienveillance que vous nous avez apporté au cours de notre cursus.
Veuillez trouver, par la réalisation de ce travail, l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A notre Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Yves DELBOS

Maître de Conférences des Universités et Praticien Hospitalier

Sous-section Odontologie Pédiatrique – 56-01

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de diriger mes travaux.
Merci pour votre soutien, votre aide, vos conseils et votre bienveillance.
Chacune de nos entrevues était riche d'enseignements.
Vous avez pris le temps et eu la patience de m'encadrer dans ce travail, et pour cela je vous présente mes sincères remerciements.

A notre Rapporteur de thèse

Madame le Docteur Audrey AUSSEL

Maître de Conférences des Universités Associé et Praticien Hospitalier Attaché

Sous-section Sciences Anatomiques et physiologiques 58-01

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant d'être rapporteur de cette thèse.
Je suis extrêmement reconnaissante pour votre gentillesse, votre disponibilité ainsi que pour votre efficacité.
Veuillez recevoir, au travers de cette thèse, l'expression de mes remerciements les plus sincères.

A notre Assesseur

Monsieur le Docteur Cyril SEDARAT

Maître de Conférences des Universités et Praticien Hospitalier

Sous-section Parodontologie 57-01

Je vous remercie d'avoir accepté avec enthousiasme de faire partie de mon jury.
Merci pour vos riches enseignements tout au long de notre cursus universitaire et hospitalier.
Veuillez trouver par ce travail, l'expression de mon respect et de ma gratitude.

À mes proches,

Cédric, mon Amour,

Merci d'être entré dans ma vie.
Merci d'être resté à mes côtés toutes ces années.
Merci pour ta patience. Merci pour ton amour, pour ton soutien.
Merci de me supporter au quotidien et de me faire rire.
Merci de croire en moi quand j'ai du mal parfois (souvent...).
J'espère que tu seras fier de moi.
Une page se tourne (enfin) avec la soutenance de cette thèse. On va pouvoir rigoler de nouveau :).
Tellement de projets à réaliser ensemble et je suis persuadée qu'avec toi à mes côtés, le meilleur est à venir.
Forever together...
Je t'aime.

Maman,

Merci pour ton amour INCONDITIONNEL, pour tes mots, ta bienveillance, ta gentillesse, ton soutien et tout simplement pour ta présence.
Ça y est, le moment attendu depuis si longtemps est enfin là.
Merci d'avoir été là à chaque instant, lors de mes doutes, ou embûches rencontrées sur le chemin.
Je t'aime et j'espère que tu seras fière de moi.

Didi et Mamy,

Merci.
Depuis le début d'être là. Rue Berruer, la lettre pour le triplement, c'est là que le long

chemin vers ce diplôme de Docteur en Chirurgie-Dentaire a commencé. Merci d'avoir toujours été là. Merci pour les coups de pieds aux fesses, merci pour les réunions, les corrections, les comptes-rendus, les répétitions mais surtout pour votre amour, votre bienveillance et votre foi qui ont guidé tout ça.
Á tous les moments à venir que nous allons partager.
Je vous aime.

Papa, *m*erci pour ton amour, ta présence et ton soutien. Ça y est, ta fille devient docteur. Merci d'avoir pris soin de moi. Je t'aime.

Mes frères et soeurs,

Heri et Nadine merci pour votre amour, votre soutien, vos soirées "no limit" et tous les merveilleux moments passés ensemble.

Ony et Nanou merci pour votre amour, vos encouragements et votre présence.

Nirina merci pour tous ces moments partagés, autour des terrains de foot et en dehors ! Merci pour ces échanges de scoops, ces textos qui permettaient de se changer les idées. Merci pour ton amour et ta présence.

Je vous aime.

Mes neveux et nièces,

Chloé, je te la dois cette soutenance. Tu ne t'en doutes peut-être pas, mais tout s'est accéléré grâce à toi, MERCI ma puce. Je t'aime.
Gabriel, Samuel, Adrien, Lola, Matisse, Théo, Noam, Inès, Nino, Noé, *m*erci d'être là, c'est un réel bonheur de vous avoir auprès de moi.
Cette fois, ça y est, je quitte officiellement le côté des "jeunes".
Je vous aime.

TTA, ça y est je suis officiellement une "petite docteur" comme tu aimes tant m'appeler. Merci pour ton Amour, ta bienveillance et de prendre si bien soin de nous.

Aurore,

Merci d'être encore là après toutes ces années.
En souvenir de toutes ces soirées étudiantes :) .
A tous les merveilleux moments à venir.

Zaza, merci d'avoir sauvé mon ordinateur et ses fichiers.

Cynthia, Christopher et Nahia, Bako, ma belle-famille, tous ceux qui pensent à moi, depuis la France ou Madagascar, qui prennent de mes nouvelles et que je n'ai malheureusement pas cité, merci pour votre affection et votre présence.

À ma Totoa Vololona adorée,

je te dédie ce travail.

Tu nous manques.

Table des matières

1 État actuel des connaissances....15
1.1 Rappels historiques....16
1.2 La réémergence de l'hypnose médicale....18
1.3 Les notions fondamentales....20
1.3.1 Interaction praticien/patient....20
1.3.2 Les temps de l'hypnose....22
1.3.3 Hypnose et neuro-imagerie....25
1.4 Les techniques hypnotiques....27
1.4.1 La distraction....27
1.4.2 La communication hypnotique....28
1.4.3 La confusion....29

2 Hypnose et handicap....31
2.1 La communication au cœur de l'hypnose....31
2.2 Les applications de l'hypnose....33
2.2.1 L'hypnose et la peur des soins dentaires....34
2.2.2 Hypnose et pédodontie....35
2.2.3 Hypnose et anesthésie....35
2.3 Pratique de l'hypnose par les professionnels de santé....36
2.4 Handicap et santé bucco-dentaire....37
2.4.1 Des patients avec des besoins spécifiques....38
2.4.2 Facteurs de risque....38
2.4.3 Les freins à la consultation....41
2.4.3.1 Des difficultés pour exprimer la douleur....41
2.4.3.2 Le manque de coopération....43
2.4.3.3 Problèmes d'accessibilité....43
2.5 Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire....46
2.5.1 Sensibiliser les patients, l'entourage, la famille....46
2.5.2 Formation des professionnels....47
2.5.3 Proposer un dispositif de soins adapté....48

3 Exemples d'application....49
3.1 Handicap physique....50
3.2 Handicap sensoriel....51
3.2.1 Cécité....51
3.2.2 Surdité....53
3.3 Handicap mental ou déficience intellectuelle....55
3.4 La susceptibilité hypnotique....56
3.5 Applications médicales....59
3.5.1 Hypnose et trisomie 21....59
3.5.2 Hypnose et démence sénile....60
3.5.3 Hypnose et autisme....62

3.5.4 Hypnose avec les patients atteints de paralysie cérébrale 63
3.5.5 Cas cliniques.....63
3.5.5.1 Maxence, 16 ans.....64
3.5.5.2 Laëtitia, 26 ans.....65
Conclusion 68

Introduction

Rencontrée au quotidien, la transe hypnotique est un phénomène naturel. Lorsque nous sommes dans la lune, « ailleurs », au volant de notre véhicule et que l'on passe les vitesses sans même nous en rendre compte, quand nous sommes absorbés par un livre, un film et que nous perdons la notion du temps, nous vivons des transes spontanées.

Nous connaissons donc parfaitement cet état même si nous ne l'identifions pas toujours en tant que tel.

Les progrès en neuro-imagerie ont permis d'objectiver les réels effets de l'hypnose, de lui conférer une validité scientifique et l'éloigner de l'image divertissante véhiculée par l'hypnose de spectacle.

Au cabinet dentaire, l'hypnose médicale va aider à guider les patients afin qu'ils puissent tirer profit de cet état familier. Nous nous éloignons donc de l'image de l'hypnotiseur de spectacle, qui « soumet », qui exerce un « pouvoir » sur sa proie, pour nous positionner plutôt en accompagnateur.

La question que nous nous posons aujourd'hui va concerner la possibilité d'appliquer l'hypnose chez les patients en situation de handicap.

Des études ont permis la mise au point d'échelles de suggestibilité et ont conduit à l'élaboration de scripts hypnotiques. Ces échelles sont-elles adaptées ou adaptables pour des patients en situation de handicap ?

Avant d'évaluer les possibilités d'application de l'hypnose chez un sujet en situation de handicap, nous allons dans un premier temps faire quelques rappels historiques, puis nous chercherons à savoir si et comment l'hypnose pourra venir en aide au praticien et au patient pour faciliter la prise en charge.

1 État actuel des connaissances

Depuis quelques années déjà, nous assistons à un regain d'intérêt des professionnels de santé pour l'hypnose médicale.

En effet, ils sont à la recherche de méthodes visant à améliorer le bien-être des patients, tout en gardant à l'esprit le ***primum non nocere***, « en premier, ne pas nuire », principe fondamental de la médecine hippocratique.

Aussi, les patients sont de plus en plus sensibilisés à leur santé, préférant des solutions thérapeutiques moins invasives et souhaitant limiter le recours à des agents médicamenteux.

Malgré l'évolution des techniques (micro-chirurgies, recours à l'anesthésie), l'image du chirurgien-dentiste, « arracheur de dents », menteur, froid et insensible à la douleur de son patient, reste solidement ancrée dans la population générale.

Avec l'hypnose, nous proposons à nos patients une approche différente du soin.

L'hypnose est en chacun de nous, c'est une propriété naturelle qui fait que la grande majorité des individus est plus ou moins hypnotisable. C'est une propriété naturelle du cerveau humain doué de capacités d'imagination, d'abstraction, de projection.

Cependant, l'image véhiculée par l'hypnose de spectacle, où l'objectif de l'hypnotiseur est de divertir son public, peut constituer un frein à l'acceptation de cette technique par nos patients.

Les patients en situation de handicap semblent être une population ayant une forte demande de soins bucco-dentaires.

L'enquête menée par l'assurance maladie en 2005 montre que les enfants polyhandicapés âgés de 6 à 12 ans fréquentant des établissement spécialisés, ont 4 fois plus de risque d'avoir un mauvais état de santé bucco-dentaire, comparé à une population d'enfants tout venants (1).

De plus, leur santé bucco-dentaire semble s'aggraver entre l'enfance et l'adolescence (2).

Si notre formation universitaire nous a préparé à la prise en charge théorique de patients en situation de handicap, la confrontation réelle peut s'avérer difficile. Le manque de préparation, de confiance en soi peut nous pousser à orienter les patients vers les structures hospitalières, afin de recourir éventuellement à l'anesthésie générale.

Avant d'en arriver à cette solution, nous souhaitons donc savoir si ces patients pourraient bénéficier des bienfaits de l'hypnose pour faciliter les soins.

1.1 Rappels historiques

- Les prémices

Nous retrouvons des traces de recours à l'hypnose bien avant l'avènement de la médecine moderne. En effet, même si elle n'apparaît pas sous ce nom, le papyrus Ebers (-3500 ans) décrit un processus médical qui fait penser à l'hypnose.

Des techniques ressemblant à l'hypnose ont également été observées dans la Grèce Antique, où les Asclepiades, en caressant les patients, les soulageaient de leur douleur et ainsi induisaient un état proche du sommeil.

L'hypnose paraissait alors être une technique plus mystique que scientifique, ce qui contribua à son manque de considération par la suite.

- Franz Anton Mesmer (1734-1815)

Souvent décrit comme le « père de l'hypnose », il est à l'origine de la théorie du magnétisme animal, théorie selon laquelle le développement de certaines maladies serait dû au déséquilibre d'un fluide magnétique parcourant l'organisme.

Nous pouvons reconnaître à Mesmer l'intention de donner une justification

scientifique à ce qui jusqu'alors était considéré comme irrationnel, ou de la magie. Le magnétisme n'est pas de l'hypnose, mais c'est avec Mesmer que l'on a pu observer certains principes de base de l'hypnose.

En dépit d'avoir joui d'une forte popularité auprès de ses patients, il fut accusé de charlatanisme par un comité ordonné par Louis XVI. Il en a été conclu que les guérisons n'étaient dues qu'à l'imagination des patients et que le magnétisme ne reposait pas sur des théories scientifiques valides.

- Naissance de l'hypnotisme

Bien que Mesmer et ses théories fussent discrédités, des chirurgiens britanniques continuèrent à se pencher sur le sujet et recoururent à l'hypnose à des fins anesthésiques.

James Braid, en 1841 créa le terme « hypnotisme », pour se détacher de l'image négative persistante du mesmérisme.

Il avait recours à un pendule, sur lequel le patient allait fixer son attention et ainsi obtenir l'état d'hypnose. Il était déjà admis pour lui que l'on ne pouvait agir contre la volonté du patient.

James Esdaile, médecin écossais, réalisa près de 300 interventions majeures, telles que des amputations, en utilisant l'hypnose comme anesthésie. L'hypnose lui permit d'améliorer le confort lié à l'opération en diminuant les douleurs, mais également d'améliorer la survie de ses patients. Il rapporta avoir obtenu un taux de mortalité inférieur à 5%, alors que le taux de l'époque se rapprochait plus des 50%.

Le développement des agents anesthésiques chimiques dans les années 1840 ont entraîné le déclin de l'hypnose, ces derniers étant préférés pour leur facilité d'utilisation notamment.

- Liébault et Charcot

À la fin du XIXème siècle, des médecins français s'intéressèrent à l'hypnose, mais en la rapprochant des maladies psychiatriques.

Deux écoles se sont alors affrontées :

- L'école de Nancy où Ambroise Auguste Liébault émit l'idée que la suggestion était le mécanisme sous-jacent de la thérapeutique hypnotique. Avec Bernheim, ils en arrivèrent à la conclusion que chaque sujet était hypnotisable, à condition qu'il le désire, et qu'il accepte de coopérer avec le praticien.

- L'école de la Salpétrière fondée par Jean Martin Charcot. Il voyait l'hypnose comme une sorte de névrose et la suggestibilité comme un des traits caractéristiques de l'hystérie. Il a donc étudié le phénomène comme une psychopathologie à traiter.

1.2 La réémergence de l'hypnose médicale

Clark Leonard Hull fut le premier à lancer un programme de recherche en 1933 consacré à l'hypnose, à l'université de Yale. Pour lui, l'état hypnotique était une activité mentale normale. Il appliqua les méthodes expérimentales et statistiques de la psychologie moderne à l'hypnose et prôna le recours à des inductions standardisées.

Milton ERICKSON fut un élève de Hull. Il est considéré comme le « père de l'hypnose moderne ».

Il a décrit l'hypnose comme un phénomène naturel, rencontré tous les jours, lorsque nous sommes « dans la lune » ou absorbés par un livre captivant.

Atteint de poliomyélite ce médecin de formation utilisa l'auto-hypnose notamment pour soulager ses douleurs.

Dans sa pratique, il recourait aux suggestions indirectes. Selon lui, avec l'hypnose, le praticien va guider et aider le patient à révéler ses ressources inconscientes. Il admit que ce n'était pas l'hypnose en elle-même qui guérissait, mais l'état de conscience modifiée qui favorisait le changement et l'acceptation des suggestions.

Dave Elman, contemporain d'Erickson, a développé la technique d'induction rapide qui fit sa renommée.

Il est l'auteur de l'ouvrage *« Hypnotherapy »*, dans lequel il rédigea des scripts pouvant être utilisés tels quels par les nombreux médecins, chirurgiens-dentistes et professionnels de santé qu'il forma aux Etats-Unis notamment, et a également laissé de nombreuses heures d'enregistrements audio. Sa méthode était plus directive, autoritaire.

La création en 1949 de la Society for Clinical and Experimental Hypnosis a permis de stimuler la recherche scientifique en réunissant divers professionnels de santé, psychologues, psychiatres, médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers.

Finalement, l'intérêt de l'hypnose dans le domaine médical n'a été reconnu par les associations de médecine Britannique qu'en 1955, Américaine et Canadienne en 1958.

La première trace documentée d'application de l'hypnose dans le domaine de la chirurgie-dentaire, ou hypnodontie, remonte à 1829 (3). Jean-Victor Oudet y a eu recours pour induire l'anesthésie lors d'une extraction dentaire.

Durant la première et la seconde guerre mondiale, en raison du manque d'accessibilité aux matériaux dentaires, aux solutions anesthésiques, les médecins et chirurgiens-dentistes trouvaient en l'hypnose une alternative.

Aujourd'hui, l'hypnose peut être utilisée en complément de l'anesthésie chimique, mais elle peut également être utilisée seule.

Ses applications en chirurgie-dentaire sont nombreuses, notamment pour la gestion de l'anxiété, de la douleur, la maîtrise du réflexe nauséeux, du flux salivaire, ou venir à bout d'habitudes nocives telles que le bruxisme ou l'onychophagie.

1.3 Les notions fondamentales

Tirant son origine de la mythologie grecque, H*ypnos,* le dieu du sommeil, l'étymologie même du terme hypnose porte à confusion. Il s'agit en réalité d'un état de conscience modifiée, activant des zones cérébrales bien distinctes de celles activées lors du sommeil.

Avec l'hypnose, nous cherchons à accéder au subconscient du sujet en contournant l'esprit conscient qui analyse, qui raisonne, qui questionne. Nous contournons ce que Dave Elman a nommé le « facteur critique », qui est lié à la raison, à la logique. C'est lui qui délimite le conscient, l'inconscient, le subconscient. En le contournant, on essaie de passer outre la méfiance que pourrait ressentir le patient, afin qu'il puisse accepter nos suggestions. Le sujet sera dans un état où le sensoriel va primer sur l'intellectuel.

1.3.1 Interaction praticien/patient

En hypnose, nous sommes face à un échange dynamique entre le praticien et son patient. Le praticien n'exerce aucun pouvoir, mais souhaite aider et guider son patient afin qu'il puisse mobiliser ses propres ressources.

Parmi les nombreuses définitions existantes de l'hypnose, retenons celle d'Antoine Bioy qui la définit comme *«un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargie» (4)*.

- <u>Préalable à la séance d'hypnose</u>

Avant la séance d'hypnose, il va être nécessaire de prévoir une consultation pré-hypnotique, afin de lever les doutes et interrogations que les patients pourraient avoir concernant cette approche particulière du soin. Le patient devra être rassuré en l'informant

qu'il pourra sortir de la transe quand il le désirera, qu'il n'acceptera que les suggestions qu'il considérera comme bonnes pour lui et que peu importe le déroulement de la séance, les effets de l'hypnose seront réversibles.

Cette première consultation va également permettre de faire plus ample connaissance avec notre patient, d'en apprendre davantage sur ses centres d'intérêts, mais également d'appréhender sa manière de s'exprimer, afin d'adopter un langage et des suggestions qui lui seront personnalisées.

Le patient pourrait se demander pourquoi « perdre une séance » à discuter (après avoir traité une urgence éventuelle), mais celle-ci va être indispensable à l'instauration d'une relation de confiance.

- Notion d'alliance thérapeutique

C'est une notion née de la psychanalyse, qui définit la relation qui va se créer entre un praticien et son patient. Des auteurs ont cherché à déterminer si la réussite d'un traitement était influencée ou non par les interactions entre le praticien et le patient.

Luborsky décrit l'alliance thérapeutique comme l'instant où *« d'un côté le patient élève le thérapeute à sa position d'autorité, mais d'un autre croit que cette puissance et cette autorité est partagée entre eux, qu'il y a un sens profond de collaboration et de participation dans le processus. De cette façon, un attachement positif se développe entre le client et le thérapeute »*. L'alliance thérapeutique semble être un bon marqueur prédictif de la réussite du traitement (5).

L'alliance thérapeutique n'est pas curative en elle-même, mais va agir comme un levier sur lequel le patient et le praticien vont pouvoir s'appuyer pour poursuivre et mener à bien le traitement entrepris. Cette alliance va se créer dès l'accueil du patient, en observant son comportement, nous adapterons nos techniques. Une fois le lien établi entre le patient et le praticien, il sera nécessaire de l'entretenir, l'alliance thérapeutique n'est pas acquise, il faudra s'ajuster en fonction des réactions de chacun.

Si l'une des caractéristiques reconnue de l'hypnose est la création d'un "état modifié de conscience", le rôle de la relation entre le praticien et son patient constitue une part non négligeable dans la réussite du soin.

Dans un souhait de standardisation et afin d'obtenir une reproductibilité nécessaire pour l'évaluation scientifique de la méthode, l'importance de l'alliance thérapeutique a pu être mise de côté. Un patient se trouvant en présence d'un praticien "standard" se contentant de suivre les scripts, laissés par Elman par exemple, bien que correspondants aux attentes du patient, ceci mènera sans doute à l'échec du traitement.

Les mots en eux-mêmes n'ont pas de pouvoir. Nous ne devons pas nous baser seulement sur les scripts. Il va donc être nécessaire de s'adapter au patient, à ses caractéristiques psychologiques afin d'instaurer une relation de confiance.

1.3.2 Les temps de l'hypnose

- L'induction

C'est la première étape à proprement parler de la séance d'hypnose, celle qui va faire le tremplin entre un état de conscience « normal » et l'état hypnotique.

Elle peut se faire de différentes manières, par fixation d'un objet (historiquement, un pendule) ou par relaxation en faisant appel à des représentations ou images mentales. Quelle que soit la méthode d'induction utilisée, nous cherchons à focaliser l'attention du patient, afin qu'il se concentre sur ce que nous, opérateur, lui suggérerons.

Elle peut durer de quelques secondes, comme l'induction rapide d'Elman, ou durer plus longtemps, selon les préférences et habitudes du praticien. Elle peut être réalisée par le praticien même, ou via l'écoute d'un enregistrement audio par exemple.

- La transe

Comme nous l'avons déjà abordé, il s'agit d'un phénomène naturel, qui se caractérise par :

- un état de concentration accrue
- une diminution de la réceptivité aux stimuli extérieurs
- une focalisation vers les phénomènes internes (6).

Pendant la transe, nous pourrons observer une relaxation de la musculature, comme dans le sommeil, un ralentissement de la respiration et du pouls et une diminution de la tension artérielle. Les mouvements volontaires sont inhibés, les muscles du visage sont relâchés et plus irrigués.

L'hypnose va donc entraîner :

- une absorption de l'attention
- une détente mentale.
- une restriction des capacités de jugement et de censure. En effet, une suggestion (demander au patient de "fermer le robinet" qui amène la salive) qui serait soumise au filtre de la logique, au filtre du facteur critique, en dehors de l'hypnose peut être acceptée. Le patient accepte la suggestion tant qu'elle lui convient, sans se poser la question de son réalisme.
- une distorsion spatio-temporelle.
- la sensation que les réponses entraînées par l'hypnose ne sont pas le fait de notre volonté.

- Les suggestions

Les suggestions sont des communications données par un opérateur à une tierce personne. Elles vont entraîner chez cette dernière une action involontaire, car initiée par autrui. La suggestion est différente de l'ordre, qui lui entraîne une réponse volontaire.

Une suggestion pour être considérée comme telle, doit correspondre à la définition de l'idéodynamisme, de Bernheim, à savoir qu'à travers la suggestion, nous transformons une idée en acte, comme si l'idée d'un feu entraînait la sensation de chaleur.

La suggestibilité est quant à elle la capacité selon laquelle un individu acceptera une suggestion sans y opposer de résistance. Peretz et coll la définissent comme le degré selon lequel un individu va accepter une idée ou une proposition sans critique (7).

Il est cependant important de rappeler, que même dans les cas où la transe sera profonde, l'individu restera maître de ses décisions. Le patient n'est pas endormi, il conserve son libre-arbitre et acceptera seulement les suggestions qu'il considère bonnes pour lui.

En fin de séance, nous pourrons émettre des suggestions dites post-hypnotiques, dont l'intérêt sera de perdurer après la séance. Nous profitons de l'état de suggestibilité accrue où se trouve le patient pour distiller des communications qui lui seront utiles pour sa récupération notamment, mais aussi pour faciliter les séances futures. Nous pouvons par exemple lui suggérer « qu'à la fin de la séance il se sentira bien, confortable », « qu'il pourra, s'il le souhaite, retrouver les mêmes sensations de bien-être, de confort lors des prochains rendez-vous ».

Peu d'études à ce jour se sont penchées sur la suggestibilité des patients en situation de handicap. Collins et Henry par exemple se sont penchés sur l'influençabilité des patients atteints de Trisomie 21 (8). A savoir, un enfant à qui l'on fait des suggestions, les accepte t-il pour nous faire plaisir, par crainte de se tromper ou d'échouer ou assiste-t-on aux effets réels de la suggestion ? Ils se sont également interrogés sur la réponse d'enfants à des questions orientées. Y répondaient-ils en allant dans le sens de l'expérimentateur, ou relataient-ils ce qu'ils avaient réellement vécu ?

Il a été observé que les enfants atteints de trisomie 21 n'étaient pas plus suggestibles que les enfants d'âge mental équivalent et qu'avec l'âge avançant, les enfants étaient moins suggestibles, qu'ils répondaient aux suggestions en exprimant leur propre ressenti (8). Ils semblent donc avoir la capacité de répondre à nos suggestions et peuvent être en mesure de profiter réellement des bienfaits de l'hypnose.

L'âge est un facteur qui va donc jouer sur la suggestibilité, mais aussi sur d'autres

facteurs comme la capacité à s'exprimer, la créativité, la conception de soi-même, l'affirmation de soi et le fonctionnement intellectuel (9).

1.3.3 Hypnose et neuro-imagerie

La neuro-imagerie a joué un rôle déterminant dans la compréhension de l'hypnose. Les tracés électroencéphalographiques ont permis de confirmer qu'elle était bien distincte du sommeil. En effet, un patient sous hypnose va présenter sur son électroencéphalogramme (EEG) des ondes alpha, caractéristiques d'un rythme lent, que l'on retrouve lors d'un état d'éveil calme. Il s'agit donc plutôt d'un état de veille particulier, caractérisé par une conscience qui semble rétrécie par focalisation de l'attention ou par concentration accrue.

- **<u>État de conscience ordinaire</u>**

Les organes des sens vont capter et transmettre les informations sensorielles au cerveau émotionnel, au niveau notamment de l'amygdale et de l'hippocampe.

Par la suite, le cerveau analytique va entrer en jeu et analyser, contextualiser les données, notamment au niveau du cortex préfrontal. Ce qui nous parvient de l'extérieur est ainsi transformé en réalité intérieure, afin de nous permettre d'adopter des réactions adaptées.

- **<u>État de conscience hypnotique</u>**

Lors de cet état, on observe :

– une indifférence à l'extérieur

– une perception modifiée

– une hyper-suggestibilité renforcée par la perte d'analyse et de jugement

– un lâcher prise.

Notre conscience sera donc le résultat d'une combinaison de conscience hypnotique et de conscience critique, ce qui va déterminer notre façon d'agir, de penser. Les variations de proportions seront influencées par les circonstances de la vie telles que le stress, la confusion, l'ennui et toute autre situation amenant une saturation de notre capacité à réfléchir.

Les ondes observées lors d'un EEG sont différentes sous hypnose ou lors de l'imagination. Citons l'exemple de l'aire de Brodmann 32 située au niveau du cortex cingulaire antérieur droit. Elle est associée aux fonctions de contrôle mental volontaire et à la pensée rationnelle. Elle est activée quand un son est entendu, suggéré sous hypnose, mais pas quand le son est imaginé.

La tomographie par émission de positon (TEP) a permis d'observer une activité au niveau du cortex cingulaire antérieur lorsqu'un son est entendu, lorsque l'on suggérait d'entendre ce même son sous hypnose, mais pas lorsque l'on imaginait entendre ce son. L'hypnose est donc bien distincte de l'imagination, de l'effet placebo et du sommeil.

Au niveau du cortex cingulaire moyen, l'hypnose va agir en modulant la perception de la douleur. Sous hypnose, on observe une diminution de la perception de la douleur, et une diminution de la réponse émotionnelle liée à cette douleur.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) a permis d'observer sous hypnose, une activité dans le cerveau, au niveau du réseau de fonctionnement par défaut (default mode network DMN) (10). C'est un réseau de neurones crucial activé lors de l'introspection, la rêverie, la détente ou la pensée. C'est un état de relâchement activé lorsque le cerveau cesse toute activité de pensée consciente, de concentration. Il génère des pensées spontanées et est essentiel pour la créativité. Les neurones miroirs vont également stocker au niveau du DMN des informations sensorielles antérieures liées à l'émotion.

Le réseau de saillance est le réseau neuronal qui permet à l'hypnose de fonctionner. Grâce à lui, nous portons notre attention sur certaines choses au détriment d'autres. Avec l'hypnose, nous essayons de faire en sorte que l'attention du sujet soit

portée sur autre chose que sur le problème qui l'amène à nous consulter.

1.4 Les techniques hypnotiques

Fross affirme en 1966 que tous les dentistes utilisent une sorte d'hypnose depuis longtemps. C'est ce que l'on appelle la "chairside manner", cette façon particulière d'agir au fauteuil qui va être utile pour que le patient soit relaxé et également pour calmer ses peurs et appréhensions.

Cela nous renvoie aux procédés utilisés en odontologie pédiatrique notamment la distraction, la reformulation et la suggestion d'images.

Ces méthodes sont des techniques dites hypnotiques, car ne nécessitent pas obligatoirement de respecter les différentes étapes que comportent l'hypnose, le patient n'est pas nécessairement en transe. Elles vont nous être utiles pour focaliser l'attention du patient sur un élément, afin de le détourner du soin qu'il redoute.

1.4.1 La distraction

Nous cherchons à détourner l'attention de notre patient de ce qu'il se passe au cabinet dentaire, afin de modifier la perception stressante de la situation à laquelle il est confronté. Ainsi la distraction, à l'aide d'un écran de télévision, d'une tablette ou à l'aide d'animaux, difficile à imaginer cependant dans une salle de soins, vont permettre au patient d'occuper son esprit autrement.

Nous cherchons avec le patient un endroit de recueil où il se sentira bien, ainsi il pourra se concentrer sur une activité qu'il affectionne, ou se remémorer un souvenir agréable.

Demander à son patient d'inspirer et d'expirer profondément avant l'injection d'un anesthésique local peut être considéré comme une forme de distraction.

1.4.2 La communication hypnotique

Face à nos patients, il serait plus judicieux d'éviter tout vocabulaire anxiogène, en recadrant nos phrases pour qu'elles paraissent plus douces. Chez les enfants notamment, quand nous parlons d'un « parapluie » au lieu de la digue dentaire ; de l'eau qui endort, au lieu de l'injection anesthésique...Certains mots feraient mieux d'être bannis, tels que "douleur", "mal", "piqûre" ou "aiguille".

Sans passer par les techniques d'hypnose formelle, induction, transe, nous pouvons adopter un langage hypnotique : ce qui pourrait ressembler à une menace est effacé au profit d'une image plus parlante, on tente de faire changer le point de vue du patient face à cette situation.

« Ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les choses mais les jugements relatifs aux choses ».

Epictète.

Cette reformulation est utile notamment pour l'anesthésie, où la méthode du « tell-show-do » semble inadaptée. En effet, montrer à son patient la seringue pour lui expliquer ce qui va arriver, pourra avoir l'effet inverse de l'effet escompté et engendrer au contraire une plus grande anxiété.

Par l'utilisation de techniques de communication fréquemment utilisées en hypnose, cette hypnose conversationnelle ne nécessite pas de phase formelle d'induction, et peut être utile à tout moment de la consultation.

Ainsi, les métaphores vont nous aider à contourner les résistances de la conscience de nos patients et vont leur permettre d'appréhender un problème sous une autre perspective.

Nous pouvons aussi avoir recours à des suggestions indirectes. C'est une autre forme d'influence hypnotique.

À un patient craintif, nous pouvons suggérer "vous n'avez pas ENCORE essayé les nouvelles techniques de la chirurgie-dentaire moderne pour endormir une dent". Le terme ENCORE lui laisse présager que quelque chose de bien va avoir lieu.

Également nous pouvons dire : "ne vous relaxez pas trop ENCORE, je dois vous poser quelques questions avant de commencer". Cela implique que d'ici quelques instants, le patient sera encore plus relaxé. Nous nous adressons ainsi à l'inconscient du patient.

L'apprentissage des techniques d'hypnose conversationnelle est rapide et aide à obtenir une meilleure communication. Nous recourons à des mots simples et rassurants, en évitant notamment les tournures négatives. L'être humain ne peut pas ne pas penser à quelque chose (ne pensez pas à un éléphant rose…). Elle va nous permettre d'influencer, positivement, le patient.

1.4.3 La confusion

Par la confusion, on occupe les fonctions cognitives du patient lors de la réalisation de l'acte désagréable (par exemple l'anesthésie). Cette technique verbale repose sur 3 éléments :

- un jeu sur les mots
- une altération des temps
- l'utilisation de truismes, des notions évidentes qui vont mettre le patient en confiance « c'est agréable de se sentir bien ». Le yes set est un exemple d'enchaînement de truismes.

En jouant avec les mots, les temps ou en utilisant des phrases plus faciles à comprendre quand elles sont lues, que quand elles sont entendues, nous pouvons entraîner la confusion dans l'esprit du patient. Ce dernier, inconsciemment cherchera à comprendre le sens réel de la phrase, mais nous ne lui laissons pas le temps d'y arriver car nous lui suggérons une nouvelle idée. Son esprit étant comme submergé, il acceptera la première suggestion qui sera simple et qu'il comprendra directement.

Il existe de nombreuses techniques hypnotiques. Elles ont pour avantage de permettre un certain degré de liberté. Elles sont permissives et peuvent être adaptées à l'âge du patient. Nous pourrons favoriser la distraction pour les plus jeunes, et préférer une transe formelle avec induction pour les sujets plus âgés.

Elles vont aider à passer outre la transe négative existante chez les patients lors de leur arrivée au cabinet dentaire.

Après évoqué les concepts de base de l'hypnose, nous allons nous intéresser à sa possible application chez les patients en situation de handicap.

2 Hypnose et handicap

2.1 La communication au cœur de l'hypnose

Le terme communication tire son origine du latin, et signifie « mettre en commun » et « être en relation » (11). Elle est essentielle pour établir un lien et transmettre un message.

François Roustang affirmait que « l'hypnose est communication ». En effet elle est fondamentale en hypnose, qu'elle soit verbale ou non.

Au-delà de la communication verbale, nous émettons en permanence des signaux comportementaux et nous ne les maîtrisons pas toujours. Ainsi, un clignement des yeux, un soupir ou un haussement de sourcil échappera au contrôle de la conscience.

Les sujets déficients mentaux légers et moyens peuvent présenter un retard de langage, dans tous les domaines, phonologique, syntaxique et lexical. Des difficultés de compréhension pourront être observées dès que l'on aura recours à des formes grammaticales complexes.

Les questions que l'on se pose alors aujourd'hui sont nombreuses : comment appliquer l'hypnose chez un patient qui éprouve des difficultés pour communiquer ? Comment lui faire comprendre ce que l'on souhaite entreprendre ? Aura-t-il les aptitudes nécessaires afin de se projeter dans le monde de l'hypnose ? Comment tester sa suggestibilité ?

« Ne pas parler ne signifie pas que l'on a rien à dire », Rosemary Crossley.

Quand la communication semble difficile, il va être important de s'adapter au niveau

de compréhension de nos patients, de personnaliser nos séances. Si la capacité à communiquer de notre patient patient reste un critère important, le praticien se doit aussi d'être un bon communicant. Savoir bien communiquer est fondamental, trouver les mots justes, l'attitude adéquate qui nous permettront de transmettre nos idées, pensées afin que le patient puisse se sentir à l'aise et s'investir dans son traitement.

Rappelons qu'avec l'hypnose, il s'agit d'une relation d'aide, le praticien n'a pas de pouvoir en soi, il va venir aider, guider, accompagner son patient afin que le soin puisse se dérouler dans des conditions optimales. L'efficacité de l'hypnose va donc dépendre des aptitudes, de la formation du praticien, mais aussi des capacités du patient à se laisser aller.

Pour une meilleure communication, le praticien va pouvoir s'appuyer sur le VAKOG. C'est l'acronyme de nos 5 sens, Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif. C'est par l'intermédiaire de ces 5 sens que nous percevrons les informations de notre environnement. Chaque individu va capter ces informations via les canaux sensoriels sus-cités, en ayant un ou 2 canaux préférentiels.

Cette théorie est fréquemment utilisée en programmation neuro-linguistique, mais aussi en hypnose et dans les techniques de communication.

Pour que notre patient puisse être attentif, à nous de l'observer afin de déterminer son canal préférentiel. Le langage qu'il emploie, sa posture, sont autant d'indices qui pourront nous être utiles.

Un patient qui utilisera les termes « je vois », ou emploiera par exemple des termes relatifs aux couleurs, aura un canal sensoriel préférentiel plutôt visuel.

Celui qui préférera « j'écoute », « j'entends » sera plutôt auditif.

L'emploi des termes « je ressens », « je sais » décrira une personne plutôt kinesthésique.

Le contexte va également jouer un rôle dans la communication, que ce soit le contexte immédiat (le lieu, la présence d'un tiers), le contexte culturel (ethnique, linguistique, sociologique), le contexte individuel (profil psychique, statut familial social ou

professionnel).

Pour mieux communiquer, à nous de prêter attention aux signaux verbaux et non-verbaux de notre interlocuteur, mais également d'apprendre à connaître et maîtriser notre propre langage non-verbal pour ne pas brouiller notre message.

2.2 Les applications de l'hypnose

En ayant recours à l'hypnose, ou à l'auto-hypnose, le patient mène une action positive sur sa santé. Elle lui permet entre autres de se relaxer, mais aussi de chercher au fond de lui à mobiliser ses propres ressources.

Elle ne s'applique pas seulement sur le sujet malade ou en souffrance, mais aussi chez le sujet sain, lorsqu'il prépare une épreuve sportive, un examen, une échéance importante, une soutenance de thèse...

Dans le domaine particulier de la chirurgie-dentaire, l'hypnose trouve de nombreuses indications :

– elle peut être utilisée en lieu et place ou en complément de l'anesthésie
– elle peut aider à diminuer le flux salivaire ou le flux sanguin
– est utile dans le traitement du bruxisme
– permet d'améliorer les suites opératoires
– en cas de réflexe nauséeux, elle peut faciliter la prise d'empreintes
– pour relaxer le patient et le praticien
– elle module la perception que l'on aura de la douleur
– elle peut être utile aux patients souffrant de troubles des articulations temporo-mandibulaires.

Elle permet d'améliorer la coopération du patient, notamment lorsqu'il doit garder la bouche ouverte sur une longue période.

Cependant, l'hypnose sera contre-indiquée chez un patient dans un état

pathologique délirant, où l'interaction avec le praticien risque d'être compromise.

2.2.1 L'hypnose et la peur des soins dentaires

L'une des applications intéressantes de l'hypnose en chirurgie-dentaire est pour la prise en charge des patients anxieux. Malgré l'évolution des techniques opératoires et le recours aux solutions anesthésiques, la crainte des soins dentaires persiste encore à ce jour. Selon un sondage Opinion Way réalisé en 2016, 48% des français affirment se sentir anxieux lorsqu'ils doivent se rendre chez un chirurgien-dentiste.

Ainsi, certains patients se tiendront à distance des cabinets dentaires, jusqu'à ce que la douleur devienne insoutenable, ce qui va être délétère pour leur état de santé bucco-dentaire.

La douleur va cependant entretenir la peur et la peur va abaisser le seuil de tolérance à la douleur. Le patient va se trouver dans un état qui peut être qualifié de « transe négative ». Il a mal, il craint que le chirurgien-dentiste ne lui fasse mal, qu'il n'écoute pas ses doléances, de plus il pense que le soin va être coûteux... Le patient va ruminer ces pensées.

Le praticien se retrouve face à un défi, comment mener à bien un protocole technique qu'il maîtrise face à l'élément perturbateur qu'est l'anxiété ressentie par le patient ?

L'anesthésie générale semble être une alternative lourde pour assurer les soins dentaires chez un patient anxieux, nous pouvons alors proposer à nos patients une approche différente des soins. Leur proposer de recourir à l'hypnose leur montre que nous ne sommes pas uniquement focalisés sur leur problème dentaire, mais que nous souhaitons le prendre en charge dans sa globalité. Avec des suggestions, nous offrons au patient une nouvelle alternative à la situation qu'il appréhende, une nouvelle projection, plus agréable.

Un soin qui se déroule dans une atmosphère plus sereine, détendue, grâce aux méthodes hypnotiques, sera bénéfique à la fois pour le patient et le praticien.

2.2.2 Hypnose et pédodontie

L'âge où la susceptibilité hypnotique est optimale est compris entre 6 et 12 ans. Cela va ensuite décroître pour rejoindre le niveau des adultes.

La peur de l'inconnu ou le souvenir d'expériences passées peuvent entraîner une anxiété chez les enfants face aux soins dentaires.

L'influence des parents, eux-même parfois anxieux, va faire que le praticien va se trouver dans une situation qu'il redoute et les méthodes du « tell-show-do » ou « live modeling » peuvent ne pas être adaptées.

Effets de l'hypnose sur le comportement

L'hypnose semble diminuer la tendance à pleurer chez les enfants (17% contre 41% sans hypnose) et à diminuer leur rythme cardiaque. Elle a aussi permis d'observer une diminution des gestes gênants le bon déroulement des soins dentaires, les mouvements involontaires, la résistance.

L'injection de la solution anesthésique reste une épreuve redoutée par de nombreux patients, et l'hypnose a permis de diminuer la crainte ressentie par les enfants avant ce geste invasif (12).

2.2.3 Hypnose et anesthésie

Le développement des techniques chimiques d'anesthésie a quelque peu entravé le recours à l'hypnose (3).

Cependant, certains patients peuvent être réticents à l'emploi de ces substances chimiques. Les allergies aux solutions anesthésiques sont rares, en effet, rappelons que c'est la concentration qui va être potentiellement toxique, plus elle augmentera, plus il y aura de risque d'effets secondaires. Nous avons dans notre arsenal thérapeutique des

alternatives.

L'hypnose va pouvoir aider pour préparer le sujet à gérer la situation anxiogène que représente l'injection. Dave Elman a ainsi décrit la technique du « gant magique ». Sous hypnose, il aide son patient à définir une zone qui sera insensibilisée pour les injections futures. Ainsi, lorsque cela sera nécessaire, le patient pourra se remémorer l'existence de cette région pré-définie, où le soin pourra être réalisé sans douleur. Le patient pourra, en effleurant cette zone, l'insensibiliser à nouveau, même en l'absence du praticien.

2.3 Pratique de l'hypnose par les professionnels de santé

Malgré les progrès dans la recherche et son efficacité démontrée, certains praticiens peuvent encore à ce jour exprimer des réticences à pratiquer l'hypnose.

Le manque de confiance, le manque de connaissances scientifiques en ce qui concerne la technique hypnotique, mais aussi la crainte d'être face à une activité chronophage, sont des freins à son utilisation.

Elle peut être pratiquée par tous, après formation et ne nécessite donc pas de don ou aptitude particulière.

En 2017, des chercheurs allemands se sont intéressés à la pratique des médecines alternatives et complémentaires (CAM) par des chirurgiens-dentistes. Ils ont observé que les praticiens proposant ce type de thérapeutique, parmi lesquelles nous retrouvons l'hypnose, ont notamment une durée hebdomadaire de travail inférieure, une meilleure perception de leur charge de travail mais aussi une meilleure auto-efficacité et plus d'engagement, comparativement aux sujets opposants aux CAM (13).

L'investissement initial que peut représenter l'hypnose, notamment en terme de temps pour la formation, pour les explications à fournir aux patients, semble donc être rentable pour le chirurgien-dentiste. Les patients et les praticiens semblent plus détendus, l'atmosphère dans le cabinet change rendant les soins plus agréables.

L'intérêt porté au bien-être du patient le libère de la transe négative dans laquelle il se trouvait en arrivant. L'anxiété qu'il pouvait ressentir et qui se répercutait sur le praticien va être gérée grâce à l'hypnose.

2.4 Handicap et santé bucco-dentaire

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en raison entre autre du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de patients atteints de maladies chroniques, la fréquence du handicap tend à augmenter. Une étude menée par le ministère du Travail en 2015, a permis d'observer que 2,7 millions de français âgés de 15 à 64 ans déclarent disposer d'une reconnaissance administrative de leur handicap.

Il est indispensable que ces patients puissent avoir accès aussi aisément aux services de soins de santé comme c'est le cas pour la population générale.

L'article 2 de la loi 2005-102, loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, indique une réelle volonté de réduire les inégalités en terme d'accès aux soins des sujets en situation de handicap.

« Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Cette même loi stipule que *« toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité nationale, qui lui garantit, en vertu de cette obligation nationale, l'accès aux soins fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi qu'au plein exercice de sa citoyenneté ».*

2.4.1 Des patients avec des besoins spécifiques

L'OMS a mis en avant cette notion de patients ayant des besoins spécifiques en santé orale, à savoir une population de patients pour lesquels : « une déficience ou une limitation de l'activité altère directement ou indirectement la santé orale, dans le contexte personnel ou environnemental propre à l'individu» (14).

En absence de prévention et de soins, nous observerons inévitablement une détérioration de l'état bucco-dentaire et face à d'autres pathologies, la santé orale peut ne pas être considérée comme une priorité.

Il va donc être de notre devoir d'informer, de sensibiliser les patients ainsi que l'entourage, des répercussions qu'auront un mauvais état bucco-dentaire, qu'elles ne s'arrêtent pas à la sphère orale et d'évoquer les risques et conséquences sur l'état de santé général.

En tant que professionnels de santé, nous nous devons donc d'offrir à l'ensemble de nos patients, atteints de handicap ou non, des soins adaptés, en respectant les données acquises de la science. Or, si notre formation initiale nous a permis d'acquérir les connaissances nécessaires à la réalisation technique de ces actes, nous n'avons pas nécessairement eu l'opportunité d'être mis en situation lors de notre cursus. L'abord de ces patients à besoins spécifiques peut être facilitée par des formations complémentaires, en ayant recours par exemple à des facilitateurs de soins, parmi lesquels nous retrouvons l'hypnose.

2.4.2 Facteurs de risque

Nous sommes face à une population vulnérable aux pathologies bucco-dentaires. Le rapport du Programme National Inter régime (PNIR) a permis de constater que par rapport aux enfants non porteurs de handicap, les enfants handicapés ont quatre fois plus

de risque d'avoir un mauvais état de santé bucco-dentaire.

Or, en France en 2013, parmi les enfants porteurs de handicap, 59% avaient consulté un dentiste dans l'année, contre 70% pour la population générale (15).

L'état de santé bucco-dentaire des patients souffrant d'un handicap s'aggrave avec l'âge ainsi que la prévalence des pathologies infectieuses (parodontales et carieuses), traumatiques et fonctionnelles (16).

- **Facteurs de risque individuels**

Les patients peuvent souffrir de troubles immunitaires qui auront des répercussions sur l'état de santé bucco-dentaire. Nous pourrons par exemple observer des modifications au niveau de la production de salive, au niveau de la santé gingivale, pouvant être responsables de pathologies carieuses ou parodontales.

68% des patients porteurs de handicap prennent un traitement médicamenteux (17). Nous pouvons citer :

- les anti-comitiaux qui peuvent être à l'origine d'une hyperplasie gingivale ;
- les psychotropes qui peuvent perturber les sécrétions salivaires, ceci aura une influence sur la survenue de la maladie carieuse ou parodontale.

Des patients souffrant de pathologies neuromusculaires peuvent voir leur croissance oro-faciale perturbée, favorisant ainsi les malpositions dentaires. Ces dernières peuvent être responsables de troubles fonctionnels mais aussi compliquer les manœuvres d'hygiène.

- **Facteurs de risque environnementaux**

Le cabinet dentaire est un environnement pouvant être perçu comme stressant, aussi bien pour la population générale que pour un sujet en situation de handicap. Les bruits, les odeurs peuvent être perçus désagréablement.

Les troubles sensitifs, cognitifs ou moteurs qui peuvent toucher certains patients handicapés vont être un obstacle au bon déroulement des soins. En effet, les soins dentaires vont solliciter ces fonctions, qui lorsqu'elles sont altérées vont empêcher le patient d'y faire face sereinement.

Un patient malvoyant ne verra pas son chirurgien-dentiste, ne percevra pas non plus son langage corporel, ses expressions, ni les instruments qui vont être utilisés. Il nous faudra adapter notre comportement, ainsi que le déroulement de la séance, prendre le temps d'expliquer, faire toucher les instruments, pour rassurer le patient.

Les soins, qui peuvent être longs, vont obliger le patient à rester dans la même position, bouche ouverte, à adopter une ventilation par alternance nasale ou buccale, autant de situations qui peuvent être compliquées a gérer.

- **Des difficultés pour assurer l'hygiène au quotidien**

Au sein des Instituts Médico-Éducatif (IME) et des Établissements et services pour Enfants ou Adolescents polyhandicapés EEAP, 37% des enfants présentaient des lésions carieuses sur leurs dents permanentes, 27,5% d'entre eux sur leurs dents temporaires. De la plaque dentaire était retrouvée chez 59,1% des enfants, du tartre pour 32,4% et une inflammation gingivale pour 45,5%, signes d'un manque d'hygiène dentaire (1).

L'hygiène quotidienne va être déficiente pour la plupart des sujets souffrant de handicap, dû à leur manque d'autonomie. Un trouble neuromoteur des membres

supérieurs par exemple va entraver le bon déroulement du brossage quotidien. Les enfants assurent cependant leur hygiène bucco-dentaire seuls dans plus de 70% des cas, même si ils n'ont pas les aptitudes suffisantes pour le faire.

La plupart du temps, l'intervention d'un aidant, membre de la famille ou professionnel de santé va être indispensable. L'hygiène bucco-dentaire assurée par un tiers peut être difficilement vécue par le sujet déficient, déjà éprouvé par de nombreux soins. L'intrusion dans cette sphère intime que représente la cavité orale pourra être mal perçue et entraîner des résistances, compliquant ainsi l'efficacité du brossage.

2.4.3 Les freins à la consultation

2.4.3.1 Des difficultés pour exprimer la douleur

Malgré l'importance reconnue de la prévention dans notre profession, ce qui pousse un patient à consulter son chirurgien-dentiste, même dans la population générale, reste le plus souvent la douleur. Elle constitue bien souvent le premier signe d'appel pour recourir au système de soins. Or, le patient handicapé peut avoir des difficultés à l'exprimer, ou être complètement dans l'impossibilité de le faire.

De plus, l'entourage ne sera pas toujours en mesure d'identifier cette douleur et de l'attribuer à un problème dentaire. Des troubles du tonus musculaire peuvent par exemple masquer, au niveau de la face, l'expression de la douleur.

L'entourage déclare à 23,9% avoir des difficultés à identifier la douleur liée à un problème dentaire, par rapport aux autres douleurs qui peuvent être ressenties au quotidien et liées à une éventuelle pathologie générale (1).

Il a été observé un délai compris entre 2 semaines et 18 mois entre la constatation du premier symptôme et la prise de rendez-vous.

Les échelles d'évaluation de la douleur restent à ce jour un outil intéressant pour les professionnels de santé.

- Ainsi, Breau et coll. ont développé une échelle permettant d'évaluer la douleur chez les sujets ayant des difficultés à l'exprimer, et ceci sans connaître spécifiquement l'enfant (18).

- Il existe aussi la Grille d'évaluation de la douleur-déficience intellectuelle ou GED-DI, utilisable dès l'âge de 3 ans. Elle décrit un ensemble de comportements observables pour déterminer la présence ou l'absence d'une douleur. Sept catégories de comportements sont observés : vocaux, alimentation et/ou sommeil, activités, sociaux, expression faciale, corps et membres et les signes physiologiques.

- Face leg activity cry consolability revised ou FLACC revised Cette échelle est recommandée aujourd'hui pour évaluer la douleur post-opératoire et la douleur des soins. Elle s'adresse aux patients de la naissance à 18 ans, 19 ans pour un enfant en situation de handicap. Elle consiste à l'observation de 5 items comportementaux, au niveau du visage, des jambes, l'activité, les cris et la consolabilité.

- Nous pourrons également avoir recours à l'échelle des visages ou Faces Pain Scale, dès l'âge de 4 ans. L'auto-évaluation de la douleur reste le "gold-standard", à utiliser dès que la communication verbale avec l'enfant le permet.

Une douleur non comprise par l'entourage pourra être à l'origine de troubles du comportement qu'il faudra savoir analyser. Les signes d'alerte d'une douleur dentaire pourront se manifester sous la forme d'une augmentation de l'anxiété, un repli sur soi, une agitation, un comportement d'opposition voire d'agressivité. L'entourage se devra d'être attentif à ces signes d'alerte.

2.4.3.2 Le manque de coopération

Dans plus de 60% des cas, le manque de coopération constitue une entrave à la réalisation des soins (16).

Certains troubles mentaux ou neurologiques auront une incidence négative sur la capacité de prise de décision. Par conséquent, certains patients pourraient avoir des difficultés à comprendre ce qui leur arrive, ce qui leur est demandé et adopter une attitude d'opposition, d'agressivité, comme un moyen de se protéger de l'environnement hostile que représente le cabinet dentaire.

Cette opposition pourra être retrouvée également à domicile ou en institution, lorsqu'une tierce personne aura la charge d'assurer le brossage dentaire. Ceci compliquera donc la réalisation des techniques d'hygiène orale, aggravant l'état de santé bucco-dentaire.

Les troubles cognitifs rendent difficile l'acceptation de l'intrusion des instruments et des matériaux dentaires dans la bouche, celle-ci s'accompagnant souvent de sensations, de bruits et de goûts désagréables. L'opposition, l'agressivité ou la fuite seront des réponses d'autoprotection à l'environnement du cabinet qui est fréquemment perçu comme hostile et stressant.

2.4.3.3 Problèmes d'accessibilité

L'interaction avec l'environnement peut être rendue difficile en présence d'un handicap. Cela peut concerner des problèmes d'accessibilité, d'expression, de compréhension, ou d'appréhension. Ainsi, le handicap ne se limitera pas seulement aux aspects médicaux de la maladie, mais aussi à la notion sociale.

- Accessibilité physique du cabinet :

La loi du 11 février 2005 impose aux professionnels de santé de rendre leurs cabinets accessibles aux patients présentant un handicap. La date de mise en conformité limite a été fixée à 2015. Le rapport PNIR a cependant révélé que la majorité des cabinets dentaires (64%) étaient accessibles aux fauteuils roulants (1).

L'accès au fauteuil du cabinet dentaire peut cependant nécessiter la présence d'une tierce personne, famille, accompagnant, assistante, pour aider le praticien à installer le patient.

- Accessibilité relationnelle et émotionnelle :

Lors du cursus universitaire, nous avons été formés à traiter les pathologies dentaires. Elles seront les mêmes chez un patient porteur d'un handicap ou non, et le traitement proposé ne différera pas. C'est l'approche psychologique du patient en situation de handicap qui sera différente. Il faudra adapter nos gestes, notre langage, et nous n'avons pas forcément été préparés pour cela.

Ainsi, 13,8% des chirurgiens-dentistes interrogés dans le rapport PNIR n'ont pu être en mesure de proposer de solution aux problèmes rencontrés par les patients en situation de handicap.

De plus, tous les praticiens ne sont pas formés aux méthodes complémentaires qui vont permettre de faciliter les soins. 86,6% des praticiens déclaraient ne pas avoir reçu de formation sur les soins spécifiques. Ne se sentant pas suffisamment « armés » pour assurer le soin, certains prennent la décision d'adresser le patient à une structure hospitalière adaptée afin d'y réaliser les soins sous MEOPA ou sous anesthésie générale.

- Accessibilité financière

La crainte d'être confronté à des soins coûteux, mal remboursés, non compatibles avec leurs revenus, peut éloigner les patients souffrant de handicap des cabinets dentaires. Notons par exemple que les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé

(AAH) dépassent le plafond qui leur permettrait de bénéficier de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-c) et leurs revenus ne le permettent pas nécessairement d'avoir accès à une complémentaire santé personnelle (18).

Encore une fois, il est fondamental de rappeler aux patients en situation de handicap ou non, ainsi qu'à leur entourage que la totalité des soins sera prise en charge, et l'importance d'une consultation préventive, qui permettrait d'éviter ou retarder les soins prothétiques, encore aujourd'hui très mal remboursés.

Du point de vue du praticien, il faut reconnaître que le temps de consultation peut être allongé, pour installer le patient et prendre le temps de lui expliquer le déroulement du rendez-vous.

Notons que depuis le 1er avril 2019 a été mise en place une majoration spécifique, cotée YYYY183 dans la Classification Commune des Actes médicaux (CCAM). Elle est applicable pour les soins dispensés aux patients en situation de handicap lourd. Cette majoration se matérialise comme un supplément de 100€, facturable à chaque séance et concerne les patients bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH). Ceci démontre un début de reconnaissance des difficultés inhérentes à la prise en charge de ces patients.

En outre, les praticiens peuvent s'engager auprès de réseaux de soins dans lesquels une valorisation financière est aussi envisageable, mais aussi où les échanges confraternels vont permettre d'être accompagné.

- <u>Accessibilité à l'information, à la prévention</u>

La promotion de la santé et les activités de prévention visent rarement les personnes en situation de handicap. Des séances de prévention collective sont usuellement organisées au sein des établissements scolaires, notamment pour les enfants en classe de CP et 6ème. Les enfants scolarisés en établissements spécialisés cependant ne bénéficient pas systématiquement de ce type d'intervention. Rappelons que tous les enfants âgés de 3 à 18 ans sont désormais concernés par le programme MT'dents.

Les parents ne sont pas ou peu sensibilisés aux risques que peuvent représenter les pathologies bucco-dentaires. Une collaboration étroite avec les pédiatres ou médecins traitants pourrait pallier à ce manque d'information.

Les personnels des IME, des EEAP ou des établissements spécialisés pour adultes ne sont pas suffisamment formés et, devant l'ensemble des tâches auxquelles ils doivent faire face, l'hygiène bucco-dentaire semble ne pas être une priorité.

La mise en place des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) avait pour objectif notamment d'informer et d'accompagner les personnes handicapées et leur entourage. Ils pourront les orienter vers les structures adéquates après avoir identifié leurs besoins.

2.5 Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire

Pour optimiser les rapports entre praticien et patient en situation de handicap, nous nous devons d'améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire. Cela comprend non seulement l'accès aux soins, mais surtout à la prévention et à l'éducation à la santé.

2.5.1 Sensibiliser les patients, l'entourage, la famille.

Rencontrer nos patients dans une optique de prévention, en l'absence de douleur, permettra d'instaurer une relation de confiance, indispensable au bon déroulement des soins. Il sera ainsi possible de faire connaissance, d'en savoir plus sur ses habitudes, son comportement sur sa manière de communiquer.

En sensibilisant l'entourage à l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire et à la prévention, nous arriverons certainement à diminuer le besoin de soins d'urgence et donc le stress lié à ce type de consultation. Si l'entourage est impliqué et sensibilisé à la

réalisation des manœuvres d'hygiène, il pourra être en mesure d'assurer l'hygiène dentaire de leur proche de façon plus sereine.

La prévention et l'éducation à la santé bucco-dentaire vont limiter la survenue de pathologies douloureuses. Lorsque c'est possible, la personne handicapée doit être sensibilisée directement à l'importance d'une bonne hygiène bucco-dentaire, afin d'être actrice de son bien-être et renforcer son autonomie.

Les parents devraient être encouragés à profiter du dépistage automatique offert par le dispositif MT'dents.

2.5.2 Formation des professionnels

La sensibilisation et la formation des auxiliaires de vie aux soins bucco-dentaires seraient financièrement, certainement plus rentable que le plateau technique chirurgical nécessaire à la réalisation de soins lourds chez les patients handicapés à qui l'on n'a pas pu fournir de méthodes d'hygiène convenable.

Il a été constaté dans les Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) et IME de l'Aisne une diminution du nombre de patients présentant des caries et une amélioration de l'hygiène entre 2005 et 2007 après la mise en place d'un système de sensibilisation des aidants professionnels et non-professionnels du sujet handicapé (17).

Il existe aujourd'hui des « correspondants en santé orale » qui ont pour mission de former et d'informer les professionnels médicaux et médico-sociaux intervenants auprès de patients handicapés de l'importance d'une bonne santé bucco-dentaire. Ils joueront un rôle important dans la prévention et permettront d'orienter au mieux les patients.

2.5.3 Proposer un dispositif de soins adapté

Le développement de réseaux de soins semble être une solution intéressante. Ces réseaux mettent en relation des professionnels de domaines médicaux, médico-sociaux, des praticiens libéraux mais aussi des centres hospitaliers afin de potentialiser l'offre de soins et d'orienter les patients vers la structure ou le praticien le mieux adapté.

Parmi ces réseaux nous pouvons citer Handi'dent en régions Alsace, Nord et Provence-Alpes-Côte d'Azur, Réseau HAndicap Prévention et Soins Odontologiques D'Ile de France Rhapsod'IF en Île-de-France, le réseau santé bucco-dentaire et handicap SBDH en Rhône-Alpes...

Ces réseaux de soins permettent d'accompagner et soutenir le praticien, soutien à la fois confraternel et financier.

L'Association des dentistes de France a mis en place l'atelier Handicap'Able présenté au Congrès de l'ADF depuis 2015.

Voyons au travers d'applications cliniques comment l'hypnose pourrait venir en aide aux professionnels de santé pour la prise en charge des patients en situation de handicap.

3 Exemples d'application

En 2000, un rapport de l'Oral Health in America a souligné le fait que les patients avec des besoins spéciaux représentaient le groupe d'individus les moins bien lotis en ce qui concerne leur santé bucco-dentaire et par conséquent, présentaient d'importantes disparités pour ce qui est de leur santé orale.

Les soins dentaires ont toujours tendance, malgré l'évolution des techniques de soins, à générer de la peur, de l'anxiété chez les patients en l'attente d'un rendez-vous. Quand cette peur peut être gérée chez des patients en bonne santé, elle peut être problématique chez les patients en situation de handicap.

Nous cherchons à savoir si l'hypnose pouvait faciliter la prise en charge de ces patients en forte demande de soins et si la suggestibilité hypnotique leur nécessitait des aptitudes particulières.

L'American Psychological Association définit l'hypnose comme :*« un état de conscience impliquant une attention focalisée et une perception moins importante des éléments périphériques, caractérisé par une capacité accrue de réponse aux suggestions formulées.* »

L'hypnose est aujourd'hui répandue dans les cabinets médicaux, mais également en pratique hospitalière. En 2015, il a été observé que l'ensemble des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) français avait recours à l'hypnoanalgésie, pour la prise en charge de la douleur, deux tiers d'entre eux proposaient l'hypnosédation pour la réalisation de procédures chirurgicales et l'hypnothérapie était pratiquée dans 40% des CHU (19).

L'hypnose ne nécessitant pas d'aménagement particulier, elle peut être facilement mise en place au cabinet dentaire.

Quelles sont les techniques hypnotiques que l'on pourrait envisager d'appliquer ? Des adaptations seraient-elles nécessaires en fonction du handicap que présente notre patient?

Bien que sa mise en place puisse paraître chronophage, le temps « perdu » pour son instauration pourra être rattrapé lors du déroulement du soin. En effet, ce que nous cherchons c'est le bien-être du patient, afin que les soins se déroulent le mieux possible et l'hypnose va pouvoir nous y aider.

La détermination du praticien va être importante dans la réussite de l'hypnose, elle entraîne un changement d'attitude, nous sommes présents à soi, à l'autre. Nombreux sont les praticiens qui ressentent le bénéfice sur leur pratique, sur leur bien-être au travail, fondamental dans une profession où les taux de burn-out restent élevés.

À nous d'offrir à nos patients une approche bienveillante et individualisée et qui soit en concordance avec leurs attentes.

3.1 Handicap physique

L'histoire de la maladie de nos patients aura un impact sur notre conduite à tenir. Un handicap physique survenu tardivement, consécutivement à un accident par exemple, ne va entraîner que peu ou pas de différence dans le déroulement de la séance d'hypnose. Le praticien devra adapter ses suggestions, prêter attention au langage utilisé, en fonction de la sensibilité et du ressenti émotionnel du patient vis-à-vis de son handicap. L'objectif étant d'instaurer un cadre sécuritaire, pour le rassurer, via des métaphores, des suggestions qui lui seront adaptées.

Il serait préférable d'éviter de suggérer à un patient lors de la transe, de marcher, s'il n'est plus en mesure de le faire et s'il vit mal cette limitation.

Des études ont été menées concernant l'utilisation de l'hypnose chez des patients

atteints de sclérose en plaques, ou de lésions de la moelle épinière, souffrant alors de douleurs chroniques. En adaptant les suggestions à chaque patient, il a été observé que l'hypnose leur était efficace pour la gestion de la douleur, ses effets étant immédiats et pouvant perdurer à moyen terme *(20,21).*

L'auto-hypnose pourra aussi être efficace dans le cas d'un handicap physique, pour apprendre au patient à gérer sa douleur. Même quand il est seul, il va pouvoir exploiter ses propres ressources pour aller mieux. C'est ainsi que Milton Erickson développa sa vision de l'hypnose. Souffrant lui-même de poliomyélite, c'est avec l'auto-hypnose qu'il parvint à venir à bout des douleurs et de la paralysie qui le faisaient souffrir.

3.2 Handicap sensoriel

3.2.1 Cécité

La fédération des aveugles de France estime à environ 1,7 millions le nombre d'individus souffrant d'un trouble de la vision, parmi lesquels sont dénombrés 200 000 malvoyants profonds à aveugles.

Ces patients peuvent souffrir d'isolement et d'un manque d'autonomie. Ainsi, 56% déclarent rencontrer des difficultés sévères en ce qui concerne leur mobilité et leurs déplacements ; 47% déclarent une incapacité à réaliser les activités ménagères courantes (22).

La cécité va être déterminée, d'un point de vue légal, selon l'acuité visuelle résiduelle du meilleur œil après correction et selon la restriction du champ visuel. À partir d'un certain seuil (1/20 en France), des aides sociales spécifiques seront attribuées.

La perte du sens de la vision chez les patients aveugles pourra être « compensée »

par un rééquilibrage pluri-sensoriel. Le patient, à l'aide de ses autres sens, pourra recueillir et traiter les informations perçues. Des repères tactiles, auditifs, kinesthésiques et éventuellement l'apprentissage de techniques telles que le braille, ou l'utilisation d'une canne blanche viendront aider à compenser la perte de la vision.

Le patient sera plus sensible aux bruits, aux odeurs auxquels il pourrait être confronté au cabinet dentaire. Notre rôle sera de le rassurer, par notre voix, nos gestes afin qu'il appréhende cet environnement plus facilement.

Comme pour tous les patients, le premier contact va être déterminant. Il nous faudra être accueillant, bienveillant dès la prise de rendez-vous et être précis dans la description du cabinet, son accessibilité. À nous de demander au patient s'il est autonome ou s'il a un chien guide ? Il a été constaté que ces patients consultaient en général tous les 5 ans (22). Ces questions lors de l'accueil montreront notre intérêt porté au patient et permettront de mettre en place cette alliance thérapeutique indispensable à la réussite du soin.

Concernant l'hypnose, nous nous devons d'adapter nos métaphores afin qu'elles correspondent à notre patient, à son monde interne, à ses croyances, aux images qu'il a en mémoire.

Il sera important de distinguer le patient malvoyant de naissance et celui pour qui le handicap est apparu au cours de la vie. Un patient aveugle de naissance pourra refuser certaines suggestions ou se sentir mal à l'aise avec l'hypnose car il n'a jamais perçu telle ou telle image, ou distingué les couleurs. L'âge d'apparition de la cécité va donc être déterminant pour nous appuyer sur les ressources à disposition du patient.

Il reste donc fondamental d'apprendre à connaître l'histoire de la maladie du patient pour que l'on puisse utiliser les métaphores, les suggestions qui conviennent le mieux, face à un patient déficient visuel, tenir compte de leurs référentiels particuliers, DIRE avant de FAIRE. Oublier le tell-SHOW-do.

3.2.2 Surdité

Plus de 4 millions de patients sont atteints de handicap auditif en France, dont près de 300 000 malentendants profonds à sourds.

Face à un patient sourd et/ou malentendant, l'hypnose en impliquant un interprète en langue des signes est-elle envisageable ? Dans ce cas-là, le fait que le patient doive garder les yeux ouverts pendant l'hypnose, est-ce un obstacle à la transe ?

Tous les patients sourds ne signent pas, c'est le cas notamment des personnes ayant perdu ce sens à l'âge adulte suite à un accident ou une maladie, mais il sera impossible dans le cas d'une consultation dentaire de lire sur les lèvres.

Tous les praticiens ne pratiquent pas la langue des signes française, cependant, l'absence d'expression verbale n'implique pas forcément l'absence de communication. Nous pourrons également nous appuyer sur la présence d'un accompagnant, qui pourra traduire en langage des signes ce que l'on souhaite faire comprendre à notre patient.

Isenberg et coll. ont réalisé une étude sur des patients sourds et entendants pratiquant la langue des signes (23). Une adaptation des métaphores auditives employées fut nécessaire afin que la suggestion puisse correspondre et être comprise par un patient sourd, elles vont être signées et remplacées par des métaphores visuelles. Au lieu de signer au patient « fermez les yeux et écoutez attentivement ce que je vais vous dire... » comme il est écrit dans l'échelle de Stanford, on préférera signer « concentrez-vous sur mes signes ».

Au niveau de l'échelle de Stanford, après avoir écarté les suggestions auditives, il n'a pas été constaté de différence entre les sujets sourds et les entendants en ce qui concerne leurs réponses aux items concernant la performance, la profondeur de transe et le rapport avec le praticien.

Isenberg et coll. en ont conclu que ces patients répondaient tout aussi bien aux suggestions que les patients entendants *(24).*

Lors d'une séance d'hypnose avec un patient entendant, il est courant de nuancer sa voix, son intonation, en fonction des réponses observées chez le sujet. Il va en être de même avec un patient sourd. Les mouvements, lorsque l'on signera, pourront se faire plus lentement ou de manière plus douce, afin d'approfondir la transe par exemple. Il pourra aussi être observé chez un patient sourd, lors de la transe, qu'il réalise ses gestes de manière plus lente, saccadée...

Aujourd'hui, l'Unité d'Information et de Soins des Sourds (UNISS) dirigée par le Docteur Alain Karacostas à la Salpétrière fait appel à un hypnothérapeute pour des essais de prise en charge de patients sourds. Ce dernier à l'aide de gestes, menés comme une chorégraphie, va utiliser son langage corporel pour aider le patient à entrer en hypnose. Cela ne sera pas simplement utile avec un patient sourd, mais dans le cas également où l'on se retrouverait face à un patient qui ne parlerait pas la même langue que nous. C'est un domaine qui mériterait des recherches plus approfondies.

Le rééquilibrage pluri-sensoriel des patients sourds peut entraîner le développement d'une plus grande sensibilité visuelle. Comme ils communiquent visuellement avec des signes, plus que la population générale, ils auront peut-être de meilleures capacités d'imagerie et seront plus répondants aux suggestions qui font appel à l'imagination.

En tenant compte du VAKOG, nous privilégierons donc le canal visuel, par nos gestes, mais également dans les termes choisis lorsque l'on signera.

Quel est le système sensitif qu'un patient utilise en priorité pour communiquer?

- Pour les entendants, le système auditif est primordial pour la cognition. Bien que les informations visuelles soient importantes, il n'est pas rare d'observer que les patients entendants ferment les yeux lorsqu'on leur demande d'élaborer une image visuelle, afin d'éliminer tout « bruit » et se concentrer sur les infos auditives.

– Pour les sujets sourds, ils dépendent de la vision pour traiter l'information. Ils auront peu ou pas de « bruits » qui vont interférer et n'ont donc pas besoin de fermer les yeux.

3.3 Handicap mental ou déficience intellectuelle

Le handicap mental peut être considéré comme la conséquence sociale d'une déficience intellectuelle. Il touche 1 à 3% de la population générale et est défini par l'OMS comme consécutif à un arrêt du développement mental, ou un développement mental incomplet entraînant une insuffisance des facultés, du niveau global de l'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales.

Il faudra adapter nos techniques hypnotiques selon le niveau de compréhension du patient. Gaston Brousseau s'est penché sur le rôle du niveau intellectuel du patient (25). Doit-on priver une personne, sous prétexte qu'elle présente une déficience intellectuelle, des bienfaits de l'hypnose ? La communication non-verbale va encore être fondamentale.

À nous d'être accueillant, de se montrer disponible au patient. Il n'est pas préconisé d'induction particulière, de méthode précise. Il suffit simplement d'être en confiance et d'instaurer la relation de confiance avec notre patient.

Nous distinguerons le handicap mental du handicap psychique qui lui est secondaire à une maladie psychique, comme la schizophrénie. Les capacités intellectuelles sont ici intactes, mais c'est la possibilité de les exploiter qui va causer problème. La symptomatologie étant instable, l'application de l'hypnose semble compromise.

3.4 La susceptibilité hypnotique

95 % des individus sont plus ou moins hypnotisables, du fait que l'hypnose est en nous, dans la mesure où c'est une propriété naturelle du cerveau humain qui est doué de capacités d'imagination, d'abstraction, de projection.

Seuls les sujets diminués pour des raisons physiologiques ou pathologiques, peuvent ne pas être hypnotisables. Ces propos sont à nuancer, en effet, le contexte va jouer un rôle dans la réussite du traitement entrepris, mais également la volonté du patient d'entrer en hypnose.

La susceptibilité hypnotique de nos patients va être liée à :

- leur disposition à la fantaisie;

- leur capacité d'absorption, caractérisée par une attention totale conférée à un objet, tout en étant imperméable aux sollicitations externes ;

- leur capacité d'imagerie mentale (26). La capacité d'imagerie d'un individu va jouer un rôle lors dans l'hypnose car elle est représentative de la capacité de dissociation psychique. Quand un sujet focalise son attention, on assiste à un basculement du champ de conscience et on obtient donc l'état de conscience modifié signifiant l'hypnose.

Pour la réussite de l'hypnose, il va également être nécessaire de mettre de côté le sens critique afin de pouvoir s'absorber dans ce qui est proposé.

Il n'existe pas de relation entre susceptibilité hypnotique et quotient intellectuel ni de lien entre réponse hypnotique et personnalité.

Rappelons que le fait d'être réceptif aux échelles de susceptibilité hypnotique permet d'avoir de meilleurs résultats thérapeutiques, mais des scores moindres ne doivent pas être un frein à une prise en charge par l'hypnose.

Les échelles de susceptibilité hypnotique

La suggestion peut se définir comme une communication avec un sujet dans le but d'atteindre des actions observables ou non observables. Ces communications sont appelées des suggestions, car les effets produits ne sont pas volontaires, car induits par un tiers. La réponse ne naît pas de la volonté même du patient, mais est induite par la communication de l'opérateur.

Pour qu'une communication soit considérée comme une suggestion, il faut donc :

- qu'elle soit émise dans le cadre d'une communication inter-individuelle (échange entre des individus) ;
- que la réponse obtenue soit en rapport avec l'idée contenue dans la communication;
- que la conversion de l'idée en réponse soit immédiate, et selon un mode involontaire ou non volontaire (de manière spontanée).

La suggestibilité désigne la capacité d'un sujet à répondre à une suggestion, à la suite ou non d'une induction hypnotique. Elle peut être confondue avec l'hypnosabilité qui correspond au changement de suggestibilité en rapport avec une induction hypnotique.

85 à 90% des sujets sont répondants aux échelles de susceptibilité hypnotique (26).

La capacité des enfants de moins de 7 ans à répondre à ces échelles est controversée. Il est considéré que l'âge optimal est entre 6 et 12 ans. Les résultats décroissent ensuite pour rejoindre le niveau des adultes.

En étudiant les réponses des sujets interrogés suite à des suggestions et à une induction standardisée, elles permettent d'obtenir une mesure de la capacité du sujet à répondre à l'hypnose.

Parmi les échelles les plus employées, nous retrouvons l’échelle individuelle de

suggestibilité hypnotique de Stanford (27).

Elle est fondée sur une mesure de la réponse à une liste de suggestions hypnotiques standardisées. Selon le score obtenu, le niveau de suggestibilité du patient pourra être déterminé.

La Stanford Hypnotic Susceptibility Scale form A comporte 12 items correspondant à la réponse à des suggestions codifiées.

La plupart des personnes ont un score moyen (entre 5 et 7) et entrent dans la catégorie des individus moyennement hypnotisables ;

10 à 15% sont décrits comme fortement hypnotisables car obtiennent un score élevé (entre 8 et 12) ;

et 10 à 15%, un score faible (entre 0 et 4) et paraissent donc faiblement hypnotisables.,

Ces échelles ont été crées et mises en place pour les patients ne présentant pas de handicap et cette standardisation des données a permis le développement de la recherche en hypnose. Ces échelles peuvent-elles être étendues aux patients en situation de handicap, sous réserve d'adaptations particulières ?

L'échelle de Stanford va nécessiter un entretien préalable pouvant durer jusqu'à une heure, ce qui peut paraître difficilement applicable à un patient ayant des troubles de l'attention. Il en existe alors une version modifiée, form C, d'une durée de 20 minutes, et qui ne nécessite pas d'induction par relaxation ni fermeture des yeux, version préférable pour un enfant.

Certains items de l'échelle de Stanford nécessitent des mouvements comme l'abaissement de la main. Afin de permettre son application chez un patient en situation de handicap moteur notamment, certaines adaptations peuvent être réalisées. Ainsi le mouvement de bras pourra être remplacé par un mouvement de la tête.

Il est important de rappeler que la réponse aux échelles de susceptibilité hypnotique ne prédit pas obligatoirement la réussite de l'hypnose chez le patient. Un patient qui

obtiendrait un score faible ou moyen aux échelles ne doit pas être systématiquement mis de côté en pensant que l'hypnose ne fonctionnerait pas chez lui (21).

Il a été observé que les personnes fortement hypnotisables avaient une personnalité encline à l'imagination. Cette aptitude leur permet, dans une situation qui leur paraît émotionnellement difficile comme une consultation dentaire, de faire face, en étant en mesure de se représenter de manière imagée les éléments issus de la perception.

3.5 Applications médicales

Un avantage non-négligeable de l'utilisation de traitements comportementaux en lieu et place des techniques pharmacologiques de sédation va être que le patient sera impliqué dans la résolution de son problème. Il développe ainsi des outils qui lui permettront de faire face à cette situation, en améliorant le sentiment d'auto-efficacité, à savoir la croyance qu'a un individu en sa capacité d'accomplir une tâche.

3.5.1 Hypnose et trisomie 21

Garitte et coll. se sont penchés sur l'application de l'hypnose chez les enfants porteurs de la trisomie 21 (26). Il s'agit du handicap le plus fréquemment rencontré, il touche 1000 nouveaux nés par an. On observe chez ces patients un retard de développement intellectuel.

Dans l'étude, Garitte et coll. ont observé que ces patients étaient réceptifs à l'hypnose, comme l'étaient les enfants non porteurs de handicap de même catégorie d'âge intellectuel.

Tous les enfants, porteurs de handicap ou non, ont tendance à être plus à l'aise en

compréhension de langage, qu'en production. C'est un avantage qui va pouvoir être exploité avec l'hypnose, en faisant en sorte cependant de ne pas adopter de tournures de langage complexes.

Les patients porteurs de trisomie 21 semblent privilégier un codage visuel de l'information. En prenant en compte le VAKOG, il sera plus judicieux dans le cadre de l'hypnose d'adopter un vocabulaire simple et avec des termes appartenant au champ lexical de la vision.

Les enfants atteints de trisomie 21 obtiennent des scores moins importants aux échelles de susceptibilité hypnotique que les enfants ordinaires (26). Cependant, ceci n'empêche pas leur prise en charge par l'hypnose. Ils ont été en mesure de répondre aux suggestions hypnotiques, qu'elles soient cognitives ou motrices.

Il existe une corrélation positive entre l'âge et la réponse hypnotique. Garitte et coll. estiment que cela peut s'expliquer par une capacité d'absorption et de concentration s'améliorant avec l'âge, une meilleure compréhension des consignes et du langage.

3.5.2 Hypnose et démence sénile

La démence est un affaiblissement mental global frappant l'ensemble des facultés psychiques et altérant progressivement l'affectivité et l'activité volontaire du patient ainsi que ses conduites sociales.

La maladie se caractérise par des déficits cognitifs multiples qui peuvent être :

- une altération de la mémoire ;
- une aphasie ou troubles du langage ;
- une apraxie ou altération de la capacité à réaliser une activité motrice malgré des fonctions motrices intactes.

Peu d'études à ce jour se sont penchées sur l'utilisation de l'hypnose en gérontologie. Les patients porteurs de troubles cognitifs étant parfois même exclus des études réalisées. Or, il semblerait que l'hypnose puisse être utilisée chez le sujet âgé et cela peu importe l'atteinte cognitive du patient.

L'hypnose ne va pas chercher à guérir le patient, mais va être un outil pour améliorer son quotidien, dans une optique de bien-être, de relaxation.

Une étude menée à l'université de Liverpool par Duff et Nightingale a permis d'observer sur un petit échantillon de patients souffrant de démence, que des séances hebdomadaires d'hypnose amélioraient nettement leur mémoire, leur concentration, leurs capacités de socialisation et donc leur qualité de vie (28).

La cause la plus fréquente de la démence est la maladie d'Alzheimer. On dénombre 900 000 patients atteints en France et il est estimé qu'un français sur quatre de plus de 65 ans sera concerné par la maladie en 2020.

Qu'en est-il de l'accompagnement par l'hypnose d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer ? Selon Cyrulnik, une personne Alzheimer reste réceptive à nos intentions, aussi bien par la communication verbale que non-verbale (29).

Dans le cas de la maladie d'Alzheimer : la communication verbale est altérée ; mais la communication non-verbale est préservée. Il va être intéressant d'observer le patient pour comprendre ce qu'il veut dire. Il est ainsi mis en avant qu'une communication est existante et rappelle que le lien à la personne démente la maintient en vie, participe à son équilibre psychologique.

Se sentir bouger, explorer par ses sens un environnement virtuel sous hypnose peut probablement aider la personne âgée à lutter contre les effets dévastateurs du sentiment de dépendance, d'être une charge inutile pour l'autre.

Cet outil thérapeutique qu'est l'hypnose va aider à améliorer la qualité de vie de nos aînés notamment en agissant sur leur anxiété et en leur permettant de se réaliser dans les activités de la vie quotidienne.

3.5.3 Hypnose et autisme

L'American Psychiatric Association a défini en 2013 l'autisme comme un syndrome impliquant un degré variable de déficiences, notamment au niveau social, des troubles de la communication, des centres d'intérêts limités ainsi que des comportements répétitifs.

En 2007, Hanson et coll ont observé que sur un échantillon de 112 familles ayant un proche atteint d'autisme, 74% avaient eu recours à une méthode de médecine complémentaire et complémentaire, dont 30% de thérapies "corps-esprit" parmi lesquelles nous retrouvons l'hypnose (30).

Les parents de patients souffrant d'autisme cherchent des méthodes de soins non invasives, et qui prennent en compte à la fois le bien-être physique et psychique de leurs enfants.

Il est admis que l'un des piliers de l'hypnose est la communication. Il semblerait donc qu'elle soit difficilement applicable chez un enfant vivant dans son propre monde, enfant que l'on peut considérer être déjà dans une sorte de transe, où toute personne extérieure pourra avoir des difficultés à interagir.

Leurs réactions aux suggestions ont été évaluées. Rappelons que la suggestibilité conditionne l'efficacité thérapeutique de l'hypnose.

Les comportements répétitifs et stéréotypés adoptés par les patients autistes peuvent être exploités pendant la transe, afin de créer une sensation de confort, rassurante pour eux. Ce rituel peut être exploité pour approfondir la transe (31).

Nous guidons le patient à vivre « virtuellement », sous hypnose, leur rituel de comportement répétitif, qui semble être une manière pour eux de gérer leur anxiété.

Une question que l'on peut légitimement se poser également concerne le rôle de l'empathie en hypnose. Il a longtemps été admis que l'empathie était une caractéristique absente chez les patients autistes. Selon Reid, l'empathie serait une condition favorable mais pas indispensable au bon déroulement de la séance d'hypnose (32).

3.5.4 Hypnose avec les patients atteints de paralysie cérébrale

La paralysie cérébrale est un terme qui désigne un groupe de troubles permanents du développement, du mouvement et de la posture, responsables de limitations d'activités, imputables à des événements ou atteintes survenus sur le cerveau en développement du fœtus ou du nourrisson. (Rosenbaum, 2007).

En France 125000 personnes sont atteintes de ce handicap. La paralysie cérébrale touche environ 2 enfants pour 1000 naissances soit environ 1800 nouveau-nés par an.

Même si les capacités de communication avec les patients sont limitées, nous pouvons recourir au langage hypnotique après s'être intéressé, auprès des accompagnants, de l'humeur, des activités que le patients affectionne, afin d'adapter notre langage.

Nous favorisons la communication, même si elle est restreinte. Le langage para-verbal, les gestes, le ton et le volume de notre voix vont constituer les différents moyens sur lesquels nous pourront jouer pour apaiser et réaliser les soins dans des conditions optimales. Les patients vont être détendus. Nous pourrons observer une décontraction musculaire, une respiration régulière, lente et apaisée.

Mauersberger et coll. ont ainsi pu observer la capacité de quatre enfants atteint de paralysie cérébrale à recourir à l'auto-hypnose pour se relaxer, pour diminuer leurs tensions musculaires (33). Après une première séance d'hypnose, les enfants ont pu par eux-mêmes reproduire cet état de transe afin de s'éloigner, mentalement, d'une situation stressante qu'il pouvait rencontrer.

3.5.5 Cas cliniques

Nous allons ici aborder 2 cas cliniques traités par le Docteur Aussel au sein du centre hospitalier universitaire de Bordeaux.

3.5.5.1 Maxence, 16 ans

Ce jeune patient a été pris en charge pour la pose d'un appareillage orthodontique. Il est atteint du syndrome de Cohen. Il s'agit d'une pathologie génétique rare, encore méconnue. Ces patients présentent un phénotype caractéristique associant des anomalies morphologiques (microcéphalie, retard de croissance...), un déficit intellectuel, des particularités comportementales, une dystrophie rétinienne et une neutropénie intermittente.

Le syndrome de Cohen est la résultante de la mutation du gène VPS13B localisé sur le chromosome 8.

La coopération de Maxence semble bonne, une complicité s'est installée avec la praticienne, notamment en recourant à l'hypnose conversationnelle lors des séances précédentes. Maxence s'exprime facilement, ne semble pas présenter de troubles de communication.

En comptant régulièrement jusqu'à 3, comme pour un jeu, la praticienne instaure un rythme dans la consultation, elle compte jusqu'à 3 le temps de préparer son soin, puis fait une pause. L'opération se répète et ainsi se crée une sorte de rituel, afin d'obtenir l'habituation du patient à l'environnement dentaire.

Il est attentif aux sollicitations, aux demandes du Docteur Aussel et en adoptant un ton calme, il répond positivement aux suggestions.

La praticienne, afin de personnaliser la séance, utilise les souvenirs qu'a le jeune garçon d'un safari réalisé en Tanzanie et lui propose donc de revenir au moment du safari, de le distraire en faisant en sorte de se rappeler de chaque animal rencontré, des sensations ressenties à l'époque, afin "d'éloigner" le patient de la réalité du cabinet dentaire. Elle utilise l'analogie des roues du 4x4 pour la pose des bagues, elle fait comme si les bagues représentaient les roues du 4x4, chaque dent représente métaphoriquement un animal. Les matériaux utilisés vont servir à nourrit ces "animaux".

Elle laisse le "choix" à Maxence de la couleur des bagues, lui propose de les prendre de la même couleur que les roues. Par ces métaphores, bien que la consultation semble longue pour le patient, sa coopération est maintenue, c'est une histoire qui n'a pour limite que l'imagination du praticien.

Le patient est impliqué "tu m'aides", cela lui permet d'avoir une sensation de contrôle sur ce qu'il se passe.

La capacité d'imagerie mentale du patient est utilisée. Il lui est demandé de dessiner le lion dans sa tête, avec ses yeux, ainsi, il ne reste pas focalisé sur le soin qui se poursuit pendant que la praticienne raconte l'histoire d'un lion la (dent) qui a soif (l'irrigation) pendant que des oiseaux chantent (l'aspiration).

Même si la séance est parfois interrompue par le patient lui-même, qui semble s'agacer de la durée du soin, l'hypnose conversationnelle peut être reprise à chaque instant, sans repasser par une induction, pour retrouver un moment de calme.

Au cours de la séance, le patient s'impatientant, l'analogie avec le safari semblait ne plus être efficace. Ainsi, le déroulement de l'histoire a été modifié, en s'appuyant sur le contexte extérieur, le temps qu'il faisait lors du soin. Ainsi, en parlant d'un bonhomme de neige, le soin a pu être poursuivi. Il est donc également important que le praticien sache faire preuve de flexibilité et ne soit pas figé dans ses métaphores.

Grâce aux différentes séances, l'alliance thérapeutique et la notion de confiance ont permis au patient d'accepter de mieux en mieux les soins et les acceptaient même lorsque ces derniers se déroulaient en l'absence de l'hypnopraticien.

3.5.5.2 Laëtitia, 26 ans.

Laëtitia est une patiente atteinte de trisomie 21. Elle coopère car connaît la praticienne qui a également eu recours précédemment à l'hypnose conversationnelle.

Ceci conforte encore une fois l'importance d'une première consultation, où l'on fait non seulement connaissance avec nos patients, mais aussi pendant laquelle nous pouvons également effacer les craintes, les rassurer concernant les soins et ainsi créer une alliance thérapeutique.

Laëtitia consulte pour un traitement endodontique sur une incisive centrale

mandibulaire. La praticienne va recourir à l'hypnose pour distraire la patiente qui semble anxieuse.

Elles vont utiliser un exercice de respiration déjà expérimenté auparavant, qui permet à la patiente de retrouver un état où elle est sereine et se sent bien. Il est proposé à la patiente de poser sa main sur le ventre (approche kinesthésique) et de contrôler ainsi à travers sa main la respiration. La patiente va parler de sa main qui respire, ceci montre qu'elle est réceptive à la suggestion.

En exploitant cette respiration, tout le VAKOG peut être utilisé. La patiente peut regarder le ventre qui se lève avec la respiration, écouter le son de la respiration, sentir le souffle qui circule dans chaque partie du corps qui en aurait besoin, sentir l'odeur de l'air qui entre à chaque respiration...

Ainsi, à travers le VAKOG, commence une induction hypnotique qui permet d'accompagner la patiente vers un état de transe hypnotique, qui sera plus ou moins profond selon la suggestibilité.

Pour réaliser sereinement l'anesthésie, il est demandé à la patiente d'appuyer sur son ventre avec ses mains. On lui demande ainsi de gonfler un coussin pour la dent, pour que "la dent puisse dormir". La patiente ne réalise pas que pendant ce temps l'injection est réalisée et finit même par demande si c'était normal de sentir sa lèvre gonfler.

On accompagne la patiente tout au long du soin, des ratifications ont lieu pour encourager chaque comportement positif.

Grâce à des techniques de projection, la patiente est guidée vers un environnement qui lui plaît. La praticienne la projette dans un futur proche, dans un restaurant où elle aime se rendre. La séance s'articule autour de cette distraction, de cet endroit familier pour la patiente. Des questions lui sont posées afin de savoir ce qu'elle aimerait y manger, comment elle se prépare pour y aller...

Ainsi, la patient garde son calme, répond et semble moins se soucier de ce qu'il se passe au cabinet dentaire.

Les patients atteints de trisomie 21 présentent parfois un léger retard intellectuel, mais en adoptant un langage simple, familier au patient, cela ne pose aucun problème

pour mener à bien la séance d'hypnose. La praticienne a eu recours à de nombreuses métaphores afin de "dématérialiser" tous les instruments. Ainsi, le localisateur d'apex est proposé comme un écran de télévision où elle peut observer la progression du dessin. La sensation de gonflement lors de l'anesthésie est un coussin pour la dent, les limes pour le traitement endodontique sont des peignes pour coiffer la dent...

Il faut rester attentif, calme et répondre aux interrogations du patient. Même si ce n'est pas une hypnose formelle à proprement parler avec une phase d'induction, transe et sortie de transe, la communication hypnotique a permis de mener à bien le traitement.

La patiente reste consciente et peut poser toutes les questions qui la taraudent au praticien. Elle signale même que "tout va bien".

Nous pouvons suggérer à la patiente, sous la forme d'une suggestion post-hypnotique, que l'exercice de "la main qui respire" qui lui rappelle son dentiste, pourra être utilisé en dehors de la salle de soin, quand elle se sentira dépassée par un événement.

Avec l'hypnose, nous prenons en charge le patient dans sa globalité sans s'arrêter à la santé bucco-dentaire, mais en prenant en compte le bien-être général du patient. L'atmosphère de la consultation, du cabinet en est modifiée, les soins soins semblent se dérouler sereinement, l'ensemble de l'équipe étant sensibilisée.

Conclusion

C'était une volonté des gouvernements successifs depuis 2005 de permettre à l'ensemble des patients de bénéficier de manière égale à l'offre de soins, en facilitant autant que faire se peut la prise en charge des patients en situation de handicap en cabinet libéral, et limiter ainsi le recours à l'anesthésie générale. Les patients en situation de handicap doivent être en mesure de bénéficier de l'ensemble de l'offre de soins de santé publique existante.

La revalorisation des actes réalisés auprès de ces patients, via la "majoration spécifique pour les séances de soins dispensés aux patients en situation de handicap lourd", reconnaît la nécessité d'une prise en charge adaptée.

Les problèmes d'accessibilité existants jusqu'alors éloignaient les patients des cabinets dentaires, or, un mauvais état de santé bucco-dentaire aura des répercussions sur leur santé générale, au niveau du système immunitaire, de leur système respiratoire, ou entraîner des troubles alimentaires et donc avoir une incidence sur leur qualité de vie.

Afin de mener à bien les soins dentaires auprès de ces patients à besoins spécifiques, l'approche relationnelle et l'instauration d'une relation de confiance seront des éléments fondamentaux. Grâce à l'hypnose médicale, nous disposons d'une méthode sûre et efficace pour améliorer et faciliter les soins que l'on peut offrir à nos patients. Les progrès en neuro-imagerie ont permis d'objectiver ses effets et ainsi de l'éloigner de l'image parfois négative véhiculée par l'hypnose de spectacle.

L'investissement en terme de temps, de formation pour la mise en place de l'hypnose au cabinet dentaire peut constituer un frein à sa pratique, mais le temps initial considéré comme perdu sera compensé en terme de bien-être quotidien pour la pratique, ce qui est non négligeable dans une profession où le taux de burn-out reste élevé.

.

Avec l'hypnose, nous entrons dans une optique de prise en charge globale du patient en ne se limitant pas à la résolution d'un problème dentaire, mais en s'intéressant

au bien-être général du patient.

Les limitations auxquelles nous pourrons faire face, telles que l'absence de communication verbale, le manque de coopération, pourront être contournées avec une approche différente et personnalisée du patient, en tenant compte de ses habitudes, de ses préférences. En recourant à l'hypnose, nous ne cherchons pas à coller à des scripts précis, c'est le rôle du praticien de faire preuve de flexibilité, d'adapter sa technique à chaque patient.

Ainsi, à travers cette thèse, nous espérons que la prise en charge de patients en situation de handicap puisse être abordée de manière plus sereine, en s'appuyant sur l'hypnose qui va aider à améliorer aussi bien le bien-être des patients que des praticiens.

Le *primum non nocere*, fondement de la médecine hippocratique reste d'actualité. Nous cherchons perpétuellement la meilleure façon de prendre en charge nos patients, sans les nuire.

Bibliographie

1. Dorin M, Moysan V, Cohen C, Collet C, Hennequin M. Évaluation des besoins en santé bucco-dentaire des enfants et adolescents fréquentant un institut médico-éducatif ou un établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, en France. Prat Organ Soins. 12 2006;(4):299-312.

2. Hennequin M, Moysan V, Jourdan D, Dorin M, Nicolas E. Inequalities in Oral Health for Children with Disabilities: A French National Survey in Special Schools. PLoS ONE. 25 juin 2008;3(6):e2564.

3. Abdeshahi SK, Hashemipour MA, Mesgarzadeh V, Shahidi Payam A, Halaj Monfared A. Effect of hypnosis on induction of local anaesthesia, pain perception, control of haemorrhage and anxiety during extraction of third molars: A case–control study. J Cranio-Maxillofac Surg. juin 2013;41(4):310-5.

4. Bioy A, Crocq L, Bachelart M. Origine, conception actuelle et indications de l'hypnose. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. nov 2013;171(9):658-61.

5. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique: historique, recherches et perspectives cliniques. Perspect Psy. 2010;49(4):317–326.

6.Salem G, Bonvin E. La transe hypnotique. In Soigner Par L'hypnose. Paris Masson. 2007. P. 19–30.

7.Peretz B. Using Elements of Hypnosis Prior To or During Pédiatrie Dental Treatment. Pediatr Dent. 2013 Jan-Feb;35(1):33-6.

8. Collins D, Henry L. Eyewitness recall and suggestibility in individuals with Down syndrome. J Intellect Disabil Res. 1 déc 2016;60(12):1227-31.

9. Benedan L, Powell MB, Zajac R, Lum JAG, Snow P. Suggestibility in neglected children: The influence of intelligence, language, and social skills. Child Abuse Negl. 1 mai

2018;79:51-60.

10. Iserson KV. An Hypnotic Suggestion: Review of Hypnosis for Clinical Emergency Care. J Emerg Med. avr 2014;46(4):588-96

11. Salem G, Bonvin E. Communication et hypnose. In Soigner Par L'hypnose. Paris Masson. 2007. P.28-42.

12.Uman LS, Birnie KA, Noel M, Parker JA, Chambers CT, McGrath PJ, et al. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2013;137.

13. Baatsch B, Zimmer S, Rodrigues Recchia D, Büssing A. Complementary and alternative therapies in dentistry and characteristics of dentists who recommend them. Complement Ther Med. déc 2017;35:64-9.

14. Faulks D, Collado V, de Freminville B, Newton JT, Hennequin M. A controlled national survey in France of health-related challenges for persons with Down syndrome. Nurs Outlook. déc 2006;54(6):345-52.

15. Calvet L, Moisy M, Chardon O, Gonzalez L, Guignon N. Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. :6. (page consultée le 15/06/2018) https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er847.pdf.

16. Haute autorité de santé. (page consultée le 13 juin 2018). Accès aux soins des personnes en situation de handicap, [rapport de la commission d'audition publique]. https://www.has-sante.fr/jcms/c_736311/fr/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-rapport-de-la-commission-d-audition-publique

17.Breau LM, Burkitt C. Assessing pain in children with intellectual disabilities. Pain Res Manag. 2009;14(2):116–120.

18. Hescot P, Moutarde A. Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. Rapport de la mission "handicap et santé bucco-dentaire" 2010;65.

19. Chabridon G, Nekrouf N, Bioy A. État des lieux des pratiques actuelles de l'hypnose au sein des centres hospitaliers universitaires français. L'Encéphale. oct 2017;43(5):498-501.

20. Bowker E, Dorstyn D. Hypnotherapy for disability-related pain: A meta-analysis. J Health Psychol. avr 2016;21(4):526-39.

21. Jensen MP, Hanley MA, Engel JM, Romano JM, Barber J, Cardenas DD, et al. Hypnotic analgesia for chronic pain in persons with disabilities: A case series abstract. Int J Clin Exp Hypn. 2005;53(2):198–228.

22. Ducourneau-Thiebaud DC. Hypnose en Odontologie application chez le patient malvoyant.. :26.

23. Isenberg GL, Matthews WJ. Working hypnotically with deaf people. Am J Clin Hypn. oct 1991;34(2):91-9.

24. Isenberg GL, Matthews WJ. Hypnosis with signing deaf and hearing subjects. Am J Clin Hypn. juill 1995;38(1):27-38.

25. MORCILLO M. Malaise...Hypnose en cas de déficit intellectuel. Gaston BROSSEAU [Internet]. Hypnose Ericksonienne, thérapie brève, EMDR à Paris, Marseille dans le reste du Monde. (consulté le 4 juillet 2019). https://www.hypnose-therapie-breve.org/Malaise-Hypnose-en-cas-de-deficit-intellectuel-Gaston-BROSSEAU_a206.html

26. Garitte C, Gay M-C, Cuisinier F, Celeste B. Hypnotic susceptibility in children with Down's syndrome. Contemp Hypn. juin 2009;26(2):111-20.

27. Weitzenhoffer AM, Hilgard ER. Stanford hypnotic susceptibility scale, form C. :56.

28. Duff S, Nightingale D. Alternative Approaches to Supporting Individuals With Dementia. Alzheimer's Care Today. 2007 Oct ; 8(4):321-331.

29. Boris Cyrulnik présente ses réflexions et propositions pour l'accompagnement des

malades Alzheimer (consulté le 4 juillet 2019]. http://www.agevillage.com/actualite-356-1-alzheimer.html.

30. Hanson E, Kalish LA, Bunce E, Curtis C, McDaniel S, Ware J, et al. Use of Complementary and Alternative Medicine among Children Diagnosed with Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord. 1 avr 2007;37(4):628-36.

31. Sugarman LI, Garrison BL, Williford KL. Symptoms as solutions: hypnosis and biofeedback for autonomic regulation in autism spectrum disorders. Am J Clin Hypn. oct 2013;56(2):152-73.

32. Reid DB. Hypnosis Without Empathy? Perspectives From Autistic Spectrum Disorder and Stage Hypnosis. Am J Clin Hypn. janv 2016;58(3):304-20.

33.. Mauersberger K, Artz K, Duncan B, Gurgevich S. Can children with spastic cerebral palsy use self-hypnosis to reduce muscle tone? a preliminary study. Integr Med. 1 mars 2000;2(2):93-6.

université de BORDEAUX

Collège des Sciences de la Santé

UFR des Sciences Odontologiques

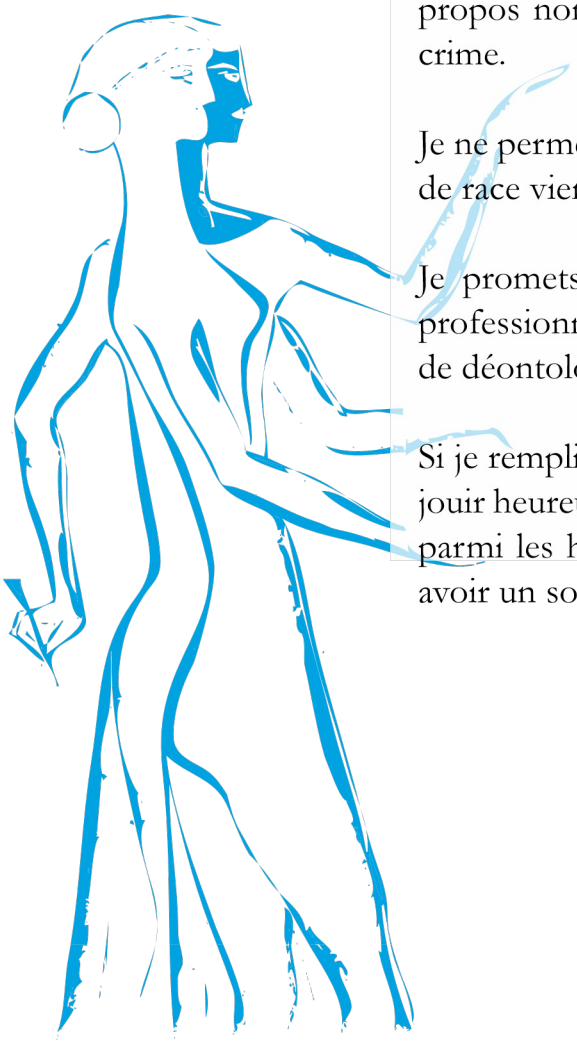
En présence de mes Maîtres et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de l'art dentaire.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail. Ma langue taira les secrets qui me seront confiés. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.
Mes connaissances et mon état ne serviront ni à diffuser des propos non avérés, ni à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des conditions de croyance, de nation et de race viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux principes et aux règles prescrites par le code de déontologie.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Vu, Le Président du Jury,

Date, Signature :

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

Date, Signature :

Vu, le Président de l'Université de Bordeaux,

Date, Signature :

Titre : Pratique de l'hypnose chez un patient en situation de handicap.

Résumé :

Pour assurer le bien-être de nos patients, l'hypnose est une méthode qui tend à se répandre au sein des cabinets dentaires.
L'objectif de ce travail est de présenter les possibilités d'application de l'hypnose médicale pour les patients en situation de handicap.
Il s'agit d'une méthode comportementale non pharmacologique, sans risque pour le patient et qui sera susceptible de faciliter sa prise en charge, dans des situations où la communication est au cœur de la relation de soin.

Après avoir réalisé un état des lieux des connaissances actuelles, nous essaierons de voir comment l'hypnose pourrait être adaptée selon le type de handicap rencontré et verrons son application au travers de cas cliniques.

Mots clés : Hypnose dentaire - Santé buccodentaire - Personnes handicapées

Title : Practice of hypnosis in a patient with disability.

Abstract :

To ensure our patients' well-being, hypnosis is a method which tend to spread in dental practices.
The aim of this study is to present the possibilities to applicate medical hypnosis for patients with disabilities.

It is a non-pharmacological behavioral method, without any risk for the patient and which be likely to facilitate its management, in situations where communication is at the heart of the care relationship.

After a review of current knowledge, we will try to see how hypnosis can be adapted according to the type of disability encountered and see its application through clinical cases.

Keywords : Hypnosis, dental - Oral Health - Disabled persons