UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2019 N°25

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire
le 28 mars 2019

par

NONCLERCQ Elodie

Née le 20 juillet 1992 à MULHOUSE

APPORT DE L'HYPNOSE DANS L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE EN ODONTOLOGIE.

Président : Professeur TADDEI-GROSS Corinne

Assesseurs : Professeur MEYER Florent
Professeur CLAUSS François
Docteur BAHI-GROSS Sophie

Membre invité : Docteur BENHARROCH-LEININGER Céline

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE DE STRASBOURG

Doyen : Professeur C. TADDEI-GROSS

Doyens honoraires : Professeur R. FRANK
Professeur M. LEIZE
Professeur Y. HAIKEL

Professeurs émérites : Professeur W. BACON
Professeur H. TENENBAUM

Responsable des Services Administratifs : Mme F. DITZ-MOUGEL

Professeurs des Universités

V. BALL	Ingénieurie Chimique, Energétique - Génie des Procédés
A. BLOCH-ZUPAN	Sciences Biologiques
F. CLAUSS	Odontologie Pédiatrique
J-L. DAVIDEAU	Parodontologie
Y. HAÏKEL	Odontologie Conservatrice - Endodontie
O. HUCK	Parodontologie
M-C. MANIERE	Odontologie Pédiatrique
F. MEYER	Sciences Biologiques
M. MINOUX	Odontologie Conservatrice - Endodontie
A-M. MUSSET	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
C. TADDEI-GROSS	Prothèses
B. WALTER	Prothèses

Maîtres de Conférences

Y. ARNTZ	Biophysique moléculaire
S. BAHI-GROSS	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
L. BIGEARD	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
Y. BOLENDER	Orthopédie Dento-Faciale
F. BORNERT	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
A. BOUKARI	Chirurgie Buccale - Pathologie et Thérapeutique - Anesthésiologie et Réanimation
O. ETIENNE	Prothèses
F. FIORETTI	Odontologie Conservatrice - Endodontie
C-I. GROS	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie
S. JUNG	Sciences Biologiques
N. LADHARI	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques - Biomatériaux - Biophysique - Radiologie
D. OFFNER	Prévention - Epidémiologie - Economie de la Santé - Odontologie Légale
M. SOELL	Parodontologie
D. WAGNER	Orthopédie Dento-Faciale
E. WALTMANN	Prothèses

Equipes de Recherche

N. JESSEL	INSERM / Directeur de Recherche
Ph. LAVALLE	INSERM / Directeur de Recherche
H. LESOT	CNRS / Directeur de Recherche
M-H. METZ-BOUTIGUE	INSERM / Directeur de Recherche
P. SCHAAF	UdS / Professeur des Universités / Directeur d'Unité
B. SENGER	INSERM / Directeur de Recherche

Remerciements

A Madame le Professeur Corinne TADDEI-GROSS,

Je vous remercie très cordialement d'avoir accepté la présidence de ce jury.
C'était un immense plaisir de passer mes cinq années d'études à la faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg dont vous êtes le doyen. Je retiendrai avant tout votre solide engagement auprès de vos étudiants et votre capacité à rendre vos cours de prothèse complète dynamiques et interactifs. Vous étiez l'une des enseignantes qui a souligné toute l'importance de la relation patient-praticien dans la prise en charge thérapeutique. Un abord psychologique du patient adapté étant une étape cruciale pour l'acceptation de la prothèse amovible. Je tiens à vous témoigner de toute ma gratitude pour cet enseignement rempli d'humanité. Je retiendrai également votre esprit novateur et la force de votre implication pour embellir la faculté et lui apporter toute la modernité qui en fait sa renommée aujourd'hui. Je ne pouvais espérer de meilleure formation dans ce cadre agréable et à la pointe de la technologie.

A Monsieur le Professeur Florent MEYER,

Merci de me faire l'honneur de siéger dans ce jury et d'être le directeur de cette thèse. C'est un sujet qui me tenait beaucoup à cœur, merci de m'avoir soutenue dans ce projet.
Je vous remercie également pour tous vos enseignements et bons conseils lors de mes vacations en odontologie conservatrice. J'admire votre sens de la rigueur, votre travail précis et minutieux. Vous étiez là pour nous inciter à nous dépasser et faire travailler notre sens de la réflexion. Je garde un très bon souvenir de ces années passées auprès de vous.

A Monsieur le Professeur François CLAUSS,

C'est avec beaucoup de reconnaissance que je vous remercie de faire partie de ce jury et d'avoir porté de l'intérêt à mon sujet de thèse. Je vous remercie également pour tous vos enseignements que vous m'avez apporté lors de mes vacations dans le service d'odontologie pédiatrique. Vous dégagez une « force tranquille » et une assurance qui inspirent la confiance et rassurent. Vous étiez d'une grande aide lorsque je me sentais parfois démunie face à la prise en charge de certains enfants.

A Madame le Docteur Sophie BAHI-GROSS,

Un très grand merci d'avoir accepté de siéger dans mon jury de thèse.
J'ai été très honorée d'avoir pu vous assister lors de mes vacations de chirurgie. J'ai beaucoup appris et je resterai toujours très impressionnée par votre dextérité, précision et rapidité de travail.

Vous êtes une personne prévenante et attentive, toujours à l'écoute de vos patients pour les rassurer et les mettre à l'aise lors d'une intervention. Ce sont des qualités que j'admire beaucoup.

A Madame le Docteur Céline BENHARROCH-LEININGER,

Merci beaucoup de m'avoir ouvert les portes de votre cabinet. Pendant mon stage actif, j'ai beaucoup appris sur la pédodontie et l'hypnose cela m'a donnée l'envie de m'y intéresser d'autant plus. Votre façon de soigner les enfants avec patience, douceur et votre capacité à leur redonner le sourire est très inspirante.
Merci également pour tous vos conseils avisés pour la rédaction de ce travail, je vous en suis très reconnaissante.

A mes parents,

Il n'y a pas de mots assez forts pour exprimer toute la gratitude que j'éprouve à votre égard. Vous avez toujours été présents pour m'aider et me soutenir, que ce soit dans la vie ou pour la rédaction de ce travail. Vous avez su me transmettre la passion pour cette profession et si je suis dentiste aujourd'hui, c'est grâce à vous Merci pour tout.

A mes soeurs et au reste de ma famille,

Vous m'êtes indispensables et vous m'apportez beaucoup chacun à votre manière. Merci d'être là pour moi.

A Thibaut,

Je te remercie tout particulièrement d'avoir réalisé l'ensemble des illustrations de cette thèse. Tu es une personne très talentueuse et je suis ta plus grande admiratrice.
Merci également de partager ma vie et de la rendre si merveilleuse au quotidien.

A tous mes amis,

Ces années d'études ont été incroyables grâce à vous, j'en garde de très bons souvenirs.
Je remercie tout particulièrement celles et ceux qui ont participé à cette thèse. Vous ne la rendez que plus belle.

UNIVERSITE DE STRASBOURG

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année 2019 N°25

THESE

Présentée pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire
le 28 mars 2019

par

NONCLERCQ Elodie

Née le 20 juillet 1992 à MULHOUSE

APPORT DE L'HYPNOSE DANS L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE EN ODONTOLOGIE.

Président : Professeur TADDEI-GROSS Corinne

Assesseurs : Professeur MEYER Florent
Professeur CLAUSS François
Professeur BAHI-GROSS Sophie

Membre invité : Docteur BENHARROCH-LEININGER Céline

Table des matières

Introduction…… 6

1. Relation patient-praticien ……..8

1.1 Evolution de la relation patient-praticien ……8

1.1.1 Le modèle paternaliste ……..8

1.1.2 Le modèle consumériste ……9

1.1.3 La décision médicale partagée ……..……9

1.2 L'alliance thérapeutique ……..……10

1.2.1 Les attentes du patient ……11

1.2.2 Comment le praticien s'accorde-t-il aux attentes du patient?……12

1.2.2.1 Les compétences humaines……12

1.2.2.2 Les compétences techniques ……13

1.2.3 Aspects juridiques de la relation patient-praticien……14

2. L'hypnose ……15

2.1 Historique ……..……15

2.2 L'hypnose : un état naturel ……18

2.3 L'hypnose : un phénomène induit..……19

2.3.1 L'auto-hypnose..……19

2.3.2 L'hypnose induite par une tierce personne ..……20

2.4 L'hypnose : passerelle entre conscience et inconscience.……24

2.5 Neurophysiologique de l'hypnose.……25

2.6 La communication ..……27

2.6.1 Le langage non verbal.……28

2.6.2 Le langage para verbal……..……29

2.6.3 Le langage verbal…….……29

2.6.4 Le langage analogique et digital……..……30

2.6.5 Les canaux sensoriels.……30

2.6.6 L'importance de la communication dans la relation de soins.……32

2.7 Les outils hypnotiques…..……..……32

2.7.1 La position basse.…..……33

2.7.2 La synchronisation……33

2.7.3 La congruence ……..……35

2.7.4 La focalisation……35

2.7.5 La suggestion ……36
2.7.6 Le questionnement……37
2.7.7 Les truismes et le « yes set »……..……37
2.7.8 Les métaphores ……38
2.7.9 L'implication……38
2.7.10 La confusion ……39
2.7.11 La négation ……..39
2.7.12 L'alternative illusoire ……..……39
2.7.13 Le paradoxe ……39
2.7.14 Le saupoudrage ……40
2.8 Le processus hypnotique ……40
2.8.1 Le temps préparatoire ……40
2.8.2 L'induction.……41
2.8.3 La dissociation ……..……43
2.8.4 L'approfondissement ……44
2.8.5 Vérification de l'état d'hypnose..……..……44
2.8.6 Séance de travail…..……44
2.8.7 Suggestions post hypnotiques..……..……44
2.8.8 Retour à l'état de conscience ordinaire ……45
2.8.9 Débriefing ……..……45

3. Utilisation de l'hypnose dans le contexte professionnel……..……45
3.1 L'environnement de travail ……46
3.1.2 L'organisation du cabinet ……46
3.1.3 L'organisation de l'équipe soignante ……47
3.2 Utilisation clinique de l'hypnose ……48
3.2.1 La prise de rendez-vous ……48
3.2.2 La consultation ……48
3.2.2.1 Le début de l'entrevue ……..……49
3.2.2.2 Recueillir l'information……50
3.2.2.3 Faire l'examen clinique..…..……51
3.2.2.4 Expliquer planifier.……..……51
3.2.2.5 Terminer l'entrevue…..……..……52
3.2.3 La séance de traitement ……52
3.2.3.1 La séance de traitement classique ……52

3.2.3.2 Le traitement de l'urgence ……..……53
3.3 Cas particuliers ……53
3.3.1 Gestion de la douleur ……..……53
3.3.1.1 Définition ……..……53
3.3.1.2 Prise en charge de la douleur aiguë par l'hypnose ..……54
3.3.1.3Prise en charge de la douleur procédurale par l'hypnose….57
3.3.2 L'anxiété ……58
3.3.2.1 Définition ……..……58
3.3.2.2 L'anxiété au cabinet dentaire ……59
3.3.2.3 Prise en charge de l'anxiété par l'hypnose ……..……59
3.3.2.4 Les patients phobiques ……..……60
3.3.3 La prise en charge de l'enfant ……63
3.3.3.1 Spécificité de la prise en charge des enfants ……..……63
3.3.3.2 Les soins dentaires chez l'enfant ……65
3.3.4 La chirurgie ……67
3.3.5 Le réflexe nauséeux ……68
3.3.5.1 Définition ……..……68
3.3.5.2 Prise en charge du réflexe nauséeux par l'hypnose ……68
3.3.6 Le bruxisme ……..……70
3.3.6.1 Définition ……..……70
3.3.6.2 Prise en charge du bruxisme par l'hypnose……70

Conclusions……..……72

Références bibliographiques ……73

Bibliographie ……83

Table des illustrations

Figure 1 : Test de suggestibilité des doigts aimantés.

Figure 2 : Augmentation (+) ou diminution (-) du débit sanguin cérébral associées à la relaxation (forme carrée) ou à l'absorption mentale (forme en cercle) ressenties pendant l'hypnose. L'absorption hypnotique ressentie est directement proportionnelle à l'activation précise et coordonnée du réseau cérébral responsable de la régulation de l'attention (dont les éléments sont reliés par des traits).

Figure 3 : Position des yeux et détection du VAKOG.

Figure 4 : La synchronisation cérébrale.

Figure 5: Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale.

Figure 6 : La technique « Tell, show, do ».

Tableau 1 : Techniques d'induction adaptées à l'âge de l'enfant.

Introduction

Ces dernières années, parallèlement à l'évolution de la société, aux progrès de la science et l'essor des technologies de l'information, la relation patient-praticien a beaucoup évolué. S'en est finit de la relation paternaliste dans laquelle le praticien impose au patient le traitement qui lui semble le plus adapté à sa pathologie. Une relation autonomiste se met en place dans laquelle le patient décide pour lui-même de ce qui convient le mieux pour sa santé. Dans certains cas, comme aux Etats-Unis, le domaine médical tombe dans le consumérisme : le patient est un usager du système de soin et le soignant un simple prestataire de service. Il est regrettable de tomber dans ce genre de travers, la médecine ne pouvant se résumer à un simple bien de consommation courante. La réalité clinique nous montre quotidiennement que l'aspect relationnel se doit d'être remis au premier plan. Le modèle de la décision médicale partagée semble ainsi répondre à un juste équilibre, dans lequel patient et praticien collaborent ensemble pour obtenir la réussite du traitement. Une alliance thérapeutique se construit pour répondre au mieux aux attentes des patients et ainsi éviter les litiges.

L'hypnose est une discipline qui existe depuis la nuit des temps. Tombée en désuétude dans les années 1850 suite à l'apparition de l'éther, elle a été remise au goût du jour et fait désormais partie intégrante de la pratique médicale. Mais en quoi l'hypnose est-elle un élément intéressant pour construire une relation patient-praticien de qualité ? Un praticien formé en hypnose replace le patient au cœur du soin. Il apprend à s'adapter en permanence à son interlocuteur, à devenir un miroir de l'autre. Il établit un accordage tant sur le plan corporel que verbal, fait preuve d'empathie et de bienveillance, de façon à installer le climat de confiance nécessaire à tout soin. Ses qualités humaines combinées à ses compétences techniques accompagnent le patient sur le chemin de la guérison. Lors de la séance de soin, les suggestions hypnotiques énoncées permettent au patient de retrouver et d'amplifier un état de conscience modifié naturel qu'il a déjà pu expérimenter au quotidien. Cet état est propice à la mobilisation de ressources dont le patient dispose inconsciemment afin que le soin se réalise dans les meilleures conditions possibles. Ainsi, le patient devient un véritable acteur de son traitement et le praticien se trouve présent pour l'accompagner dans sa démarche curative. Tout ceci souligne que pour obtenir une réussite thérapeutique, chaque élément du binôme patient-praticien a son importance et que le succès réside bien dans un travail collaboratif.

En odontologie, l'hypnose a toute sa place. En effet, la consultation chez le chirurgien dentiste reste pour la plupart associée à une expérience anxiogène. C'est la raison pour laquelle beaucoup de personnes n'ont pas le réflexe d'effectuer des visites de contrôle régulières et ne poussent la porte du cabinet que lorsque la douleur les tenaille. Il est donc nécessaire de créer un contexte agréable dans lequel le patient se sente à l'aise, écouté et compris. Du premier contact avec le cabinet jusqu'à son départ, tout doit être pensé de manière à créer un environnement confortable et rassurant pour le patient.

La connaissance des techniques d'hypnose permet la mise en place d'une relation harmonieuse au quotidien. Elle nous aide également dans des situations plus complexes, comme la gestion de la douleur, des phobies de soin, de complications chirurgicales en per ou post opératoires, de la prise en charge d'un enfant, du réflexe nauséeux ou du bruxisme. L'hypnose est un outil qui permet au patient de dédramatiser son rapport aux soins dentaires. Le patient gagne en confiance parce qu'il sait maintenant comment maîtriser ses appréhensions, et en contrepartie, le praticien bénéficie d'un exercice plus serein.

Un peu d'écoute, d'observation et de communication hypnotique améliorent considérablement notre pratique. Alors, partons à la découverte de ce bel outil !

1. Relation patient-praticien

La qualité de la relation patient-praticien constitue une des pierres angulaires de la réussite de toute thérapeutique.
Ayant beaucoup changé ces dernières années, nous envisagerons comment faire évoluer l'alliance thérapeutique dans ce nouveau contexte.

1.1 Evolution de la relation patient-praticien

Le modèle paternaliste laisse place à un modèle autonomiste, où le patient gagne en indépendance et se trouve libre de décider de son traitement. L'important est de ne pas tomber dans des extrêmes tel que le modèle consumériste américain. Il est nécessaire de trouver un juste équilibre dans le cadre duquel professionnel de santé et usager du système de soin trouvent un accord sur la meilleure démarche à suivre.

1.1.1 Le modèle paternaliste

Dans le modèle paternaliste, le praticien est le seul détenteur du savoir et prescrit le traitement qui lui semble le plus adapté pour son patient. Comme le souligne Michela Marzano « il y a 50 ans, les médecins n'hésitaient pas à imposer aux malades ce qu'ils jugeaient être bon pour eux, (…) sur le principe fondateur de bienfaisance. » (1)
Le patient, ignorant les bases de la médecine, n'est pas en mesure de choisir son traitement. Son jugement étant altéré par la maladie, il est donc placé sous la responsabilité du praticien. C'est en respectant les principes de morale et de bienveillance que le praticien garde le monopole décisionnel, sans concerter le patient qui reste passif. Il se fie aux données objectives décelées lors de l'examen clinique pour se positionner sur la meilleure démarche à suivre, la subjectivité du patient n'étant souvent pas prise en compte. Il s'agit d'une relation asymétrique où un rapport d'autorité est mis en place. (2)
L'efficacité du traitement réside sur l'entière confiance que le patient accorde à son praticien et sa docilité à respecter les prescriptions. Ce modèle est actuellement très controversé.

1.1.2 Le modèle consumériste

L'évolution des sociétés occidentales conduit à la remise en cause progressive du modèle paternaliste et une démocratie sanitaire se met en place. Selon les agences régionales de santé (ARS) la démocratie sanitaire est « une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. » (3) Le patient participe au choix de son traitement et devient responsable de sa santé. De plus, avec l'essor des technologies de l'information, notamment d'internet, tout le monde peut aisément avoir accès au savoir et à la culture. Le patient a la possibilité de se renseigner sur les différentes pathologies et leurs traitements et peut échanger à propos de sa santé avec le praticien ce qui favorise son autonomisation. Il perd son statut de personne ignorante et devient acteur de sa santé. (4)

Dans le modèle du consumérisme médical, le praticien éclaire le patient sur les différentes possibilités de traitements. Le patient dispose ensuite d'un délai de réflexion et d'un droit de rétractation quant à la réalisation des soins. Il se met en place une médecine de convenance où le patient peut choisir à la carte ce qui lui convient le mieux, de façon unilatérale. Il est le seul décideur et le praticien un simple prestataire de service, les deux protagonistes étant liés par une relation purement contractuelle. Le praticien désacralisé devient un simple technicien qui délaisse parfois l'abord psychologique du patient entraînant ainsi une déshumanisation des soins. (5)

Concernant la médecine dentaire, il a été démontré d'après Dhamramsi et coll. qu'elle suit depuis longtemps les règles du marché : c'est la rentabilité qui semble dicter le choix des traitements. (6)

1.1.3 La décision médicale partagée

La décision médicale partagée est un concept qui s'est développé depuis les années 1990. Elle se base sur « l'échange d'informations et la délibération en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle d'un patient. » (2)

Praticien et patient discutent ensemble des différentes possibilités de traitement et choisissent celui qui leur semble le plus adapté.

Cette prise de décision peut être décomposée en quatre étapes distinctes (2) :

- le professionnel de santé met en place une atmosphère propice à l'échange, de sorte que le patient se sente écouté, soutenu, ce qui lui signifie que son avis a bien été pris en compte ;
- le praticien relève les préférences du patient concernant les différentes possibilités thérapeutiques en s'assurant qu'elles sont compatibles avec son mode de vie ;
- des informations sont échangées bilatéralement : le praticien donne des informations techniques concernant les différentes options thérapeutiques, il évalue le bénéfice et les risques de l'intervention et les expose de façon claires et compréhensibles au patient. Le patient partage les informations dont il a connaissance tout en exprimant ses souhaits ;
- une prise de décision est réalisée d'un commun accord.

L'enjeu de la décision médicale partagée est de promouvoir l'implication du patient dans les décisions qui concernent sa santé, dans le respect de sa personne et de sa liberté individuelle. La prise en charge répondant entièrement aux attentes du patient, le praticien est plus à même d'aboutir par cette alliance thérapeutique solide à une meilleure observance des traitements.

1.2 L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique se définit comme une « collaboration mutuelle entre le praticien et le patient dans le but d'atteindre les objectifs thérapeutiques fixés. » (7)
Pour obtenir cette alliance thérapeutique fondée sur la confiance, il est nécessaire que le praticien détienne de solides compétences techniques mais également humaines.
Dans le domaine de la psychothérapie, des études montrent que l'alliance thérapeutique est indispensable au succès du soin, voire même qu'elle est plus importante que la technique employée.

Le succès d'une thérapeutique dépendrait à :

- 40% de l'implication et la détermination du patient ;
- 30% de la qualité de l'alliance thérapeutique ;
- 15% de la confiance en l'efficacité du traitement ;
- 15% de la spécificité de l'approche thérapeutique privilégiée. (7)

Ces résultats montrent que la mise en place d'une relation de qualité joue en grande partie dans le succès du traitement. Toutefois, il faut garder à l'esprit que l'alliance thérapeutique n'est pas acquise de façon permanente. C'est au praticien de la faire évoluer et prospérer au cours du temps.

Voyons maintenant dans le domaine de la chirurgie dentaire, quelles sont les attentes des patients et quelles compétences humaines et techniques sont indispensables au praticien pour obtenir l'acceptation des soins.

1.2.1 Les attentes du patient

Avant leur arrivée au cabinet dentaire, les patients ont souvent des attentes vis-à-vis leur chirurgien-dentiste. Il faut pouvoir les connaître pour y répondre, dans le but de donner satisfaction au patient et de favoriser la réussite du futur traitement. Les attentes sont multiples et dépendantes de variables diverses. Elles tiennent compte de la personnalité, de l'âge, du genre, de la situation sociale et du niveau d'éducation propre à chaque patient. (8) Les expériences antérieures peuvent aussi avoir une influence sur le déroulement de la consultation. Une personne ayant eu une mauvaise expérience chez le dentiste sera plus anxieuse et globalement moins satisfaite des soins qu'une autre. (8)

Pasuraman et Berry ont établi cinq variables qui affectent la satisfaction du patient chez le chirurgien-dentiste (9) :

- la tangibilité : concerne l'environnement de travail avec la qualité de l'équipe soignante mais aussi de l'équipement utilisé ;
- la fiabilité : capacité du chirurgien-dentiste d'effectuer le soin de manière minutieuse et efficace. Il doit être en mesure de réaliser ce qu'il a promis au patient, sans avoir besoin de réintervenir ;
- la responsabilité : le chirurgien-dentiste doit être capable de prendre en charge le patient d'une manière attentive et responsable, et de rester disponible pour son patient en cas d'urgence ;
- l'assurance : être sûr de soi, donner l'impression que ce qui est réalisé est maîtrisé pour inspirer confiance et donner au patient un sentiment de sécurité ;
- l'empathie : se soucier de son patient et lui porter de l'intérêt, lui accorder toute l'attention nécessaire pour qu'il se sente encadré, écouté et compris.

Il a été mis en évidence que les compétences techniques du chirurgien-dentiste sont assez difficiles à évaluer, sauf lorsqu'il s'agit d'un avis esthétique ou fonctionnel. C'est pourquoi les qualités humaines et relationnelles ont une si grande importance. (10) Une communication de qualité, une attitude bienveillante et empathique sont indispensables pour instaurer une relation de confiance et satisfaire le patient. Comme le souligne S. Kadanakuppe, une communication efficace apporte du bénéfice aussi bien aux patients qu'aux dentistes. Les bénéfices pour les patients sont principalement de la satisfaction et une meilleure compliance envers les traitements. (11)

De même, l'ambiance du cabinet, les aspects matériels et esthétiques, la présence de musique, d'une multiplicité de choix de magazines dans la salle d'attente, d'un téléviseur dans la salle de soin pour distraire le patient n'ont que très peu d'incidence quant au choix du praticien mais constituent tout de même des avantages pour le confort du patient. (12)

1.2.2 Comment le praticien s'accorde-t-il aux attentes du patient ?

Pour répondre le mieux possible aux attentes du patient, le praticien doit allier des compétences humaines aux compétences techniques.

1.2.2.1 Les compétences humaines

Il a été démontré que 85% de la réussite professionnelle est imputable aux qualités humaines et relationnelles, 15% seulement aux compétences techniques. (6)

Le Dr Charon en décrit quatre qui lui semblent indispensables pour arriver à mettre en place une solide relation de confiance :

- l'authenticité : il est nécessaire de rester honnête et transparent avec son patient.
- l'ouverture : la relation patient praticien se base sur l'échange bilatéral d'informations. Le destinateur doit s'efforcer de toujours adapter son message au destinataire.
- l'acceptation : critère dans le prolongement de l'ouverture. En étant à l'écoute de son patient, le praticien montre qu'il le comprend et qu'il respecte ses croyances et ses valeurs.
- la fiabilité : « je fais ce que je dis et je dis ce que je fais » implique que le chirurgien-dentiste respecte l'engagement qu'il prend envers son patient.

Le patient ne se résume pas simplement à une bouche et des dents à soigner. C'est avant tout une personne, avec des attentes et une personnalité propre. Elle souhaite être

écoutée, comprise et respectée dans son intégralité. C'est en agissant avec bienveillance et empathie que le climat de confiance se met en place et que le traitement peut commencer en toute sérénité.
Il est nécessaire de montrer du soutien et de la compassion, reconnaître l'état dans lequel l'autre se trouve, sans pour autant éprouver de la sympathie. Il faut garder une distance professionnelle. Comme l'énonce le Dr Amzalag « avoir de l'empathie, être humain, comprendre et s'adapter aux situations psychologiques ou personnelles de chacun ne signifie pas qu'il faille perdre tout recul et s'engager dans une relation affective. » (13)

Chaque action entreprise est réalisée dans l'intérêt du patient. Il est nécessaire de lui expliquer toutes les possibilités de traitement et d'en discuter avec lui afin qu'il accepte de manière libre et éclairée ce qui lui est proposé. Pour se faire, il est préférable de soigner sa communication en évitant des termes trop techniques. De même, il vaut mieux cibler son discours sur les éléments clés et essentiels du traitement, pour ne pas noyer l'interlocuteur sous un trop grand nombre d'informations. Enfin, ce qui fait passer un message n'est pas seulement son contenu, mais la manière de le communiquer. C'est pourquoi il est nécessaire de prêter attention au langage verbal, mais aussi au para verbal et non verbal.
Il a été démontré que la communication détient une place importante dans la relation patient-praticien et qu'un mauvais échange avec un défaut de compréhension étaient souvent à l'origine de litiges. Une étude nigérienne souligne même que « dans le cadre des soins dentaires, les patients ont des attentes quant aux capacités de communication et à l'attitude des dentistes. Elles sont d'autant plus importantes qu'elles conditionnent leur satisfaction. » (14)

1.2.2.2 Les compétences techniques

Concernant ses compétences techniques, le chirurgien-dentiste doit proposer des plans de traitement qu'il est en mesure de réaliser. La qualité d'un praticien se mesure par sa capacité à mener à bien un soin de manière à ce qu'il soit le plus pérenne possible.
Certaines études montrent qu'il est important pour le patient que le chirurgien-dentiste continue de se former et qu'il travaille en utilisant des techniques et des matériaux en rapport avec les dernières données acquises par la science. (8)
Tous les patients souhaitent que la séance de soin se déroule confortablement. D'après Ezekiel Taiwo Adebayo et son équipe, « la plupart des patients (89,1%) placent la capacité

des dentistes à délivrer des soins sans douleur comme le critère le plus important d'une bonne pratique. » (14)
Pour se faire, le praticien doit être en mesure d'effectuer une anesthésie efficace et de travailler avec une main sûre et légère. Il lui faut intervenir avec assurance, sans laisser transparaître l'ombre d'un stress ou d'une hésitation.

1.2.3 Aspects juridiques de la relation patient-praticien

La relation patient-praticien se définit également dans un cadre juridique. Il est nécessaire de préciser quels sont les droits et les devoirs de chacun dans le but d'éviter les litiges.

Notre système de santé et de protection sociale a été mis en place en 1945 et se fonde sur des principes d'égalité et d'universalité. Tous les citoyens doivent avoir accès à des soins de qualité, quels que soient leur origine et leur milieu social, dans le respect de la dignité humaine. (15)
Dans les textes de lois, le libre choix du praticien est un droit fondamental pour le patient. Cependant, cette liberté est actuellement mise à mal. En effet, il a été constaté que des organismes complémentaires d'assurance maladie orientent les patients vers des praticiens affiliés à leurs réseaux de soins, sous peine de bénéficier d'un remboursement minoré. En conséquence, la liberté de choix est entravée par cette pénalité économique qui leur est imposée. (16)
Si le patient a des droits, il a également des devoirs. Il est dans l'obligation de fournir au praticien tous les renseignements nécessaires à l'établissement de son diagnostic, de respecter les prescriptions qui lui sont faites et de régler les honoraires demandés. (15)

Le praticien quant à lui s'engage à soigner chaque patient de manière consciencieuse, conformément aux dernières données acquises par la science. (17)
Il doit soigner chaque citoyen avec la même rigueur, et ne peut refuser de patient s'il s'agit d'une urgence. Il est également tenu au secret professionnel et doit pouvoir laisser le patient disposer de son dossier médical.
Depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le praticien est dans l'obligation d'informer son patient, de façon simple, loyale et compréhensible sur différents aspects :

- l'ensemble des traitements possibles et leurs intérêts respectifs ;
- les risques fréquents ou graves normalement prévisibles concernant l'acte effectué ;

- les conséquences possibles en cas de refus.

Avant de procéder au traitement, le praticien a toujours besoin du consentement libre et éclairé du patient. (15)

Actuellement, les litiges entre praticien et patient sont pour la plupart liés à :

- une mauvaise compréhension entre les deux parties ;
- des complications survenues au cours des soins modifiant le plan de traitement et le coût ;
- une perte de confiance vis-à-vis de son praticien. (18)

Il appartient au chirurgien-dentiste d'apporter la preuve (écrite ou témoignage) que l'information a bien été délivrée au patient selon les conditions prévues à l'article L.1111-2 du code de la santé publique. (15)

2. L'hypnose

L'hypnose, cet état particulier de la conscience, ne date pas d'hier. Il en est trouvé des traces dans de nombreuses civilisations. Il s'agit d'un état que l'on expérimente naturellement au quotidien et que l'on peut choisir de retrouver si le besoin en est ressenti. Cet état peut être provoqué par soi-même où à l'aide d'une tierce personne. Bien que ses origines et ses mécanismes ne soient pas totalement compris et cernés, les neurosciences permettent d'en apprendre davantage et de nous éclairer un peu plus sur ce phénomène. Nous verrons que toute hypnose repose sur la communication et nous nous intéresserons aux différents outils permettant d'induire cet état hypnotique. Enfin, le déroulement d'une séance d'hypnose formelle sera abordé dévoilant certaines techniques d'hypnose.

2.1 Historique

L'hypnose est un état particulier qui est exploité depuis la nuit des temps. On en retrouve des vestiges très anciens.

Dans les grottes de Lascaux, il existe des peintures rupestres représentant des scènes chamaniques, ancêtre de l'hypnose. Le chaman guide la personne malade dans un état de transe et la guérit grâce à des incantations magiques et un rituel bien spécifique. (19)

6000 ans avant JC, des plaquettes sumériennes sont retrouvées en Mésopotamie. Elles énoncent des thérapeutiques faisant intervenir des états de transe. (20)

1550 ans avant JC, dans l'Egypte ancienne, le papyrus médical d'Ebers, évoque des techniques hypnotiques par des sorts et des rituels religieux ayant notamment comme application clinique des traumatismes et des soins dentaires. On y trouve, entre-autre, la phrase « pose ta main sur la douleur et dis que la douleur s'en aille. » (21) (22)

A partir des années 1760, Franz Anton Mesmer introduit le magnétisme animal. Mesmer affirme que toute pathologie résulte d'une mauvaise circulation du fluide magnétique dans l'organisme et que la guérison réside dans la restitution d'un magnétisme corporel équilibré. Cependant, en 1785, la commission royale de Paris discrédite le mesmérisme et ne lui accorde aucun poids scientifique. (23)

En 1843, le chirurgien James Braid, après avoir assisté à une séance de magnétisme, s'intéresse à cette technique et la nomme hypnose qui vient du grec « hupnos » signifiant sommeil. (24)

Dans les années 1850, en France, Jean-Martin Charcot fonde l'école de la Salpêtrière et Hippolyte Bernheim avec Auguste Liébeault, celle de Nancy. Ces deux écoles vont s'affronter : Charcot défend le principe que l'hypnose est un état pathologique lié aux personnes hystériques alors que Bernheim souligne l'importance de la suggestion et défend l'idée que l'hypnose, état naturel, est applicable à chaque individu.
Sigmund Freud, célèbre psychanalyste a lui-même suivi une formation en hypnose chez Charcot puis Bernheim. Il la pratique pendant dix ans, de 1886 à 1896. (25)

Dans les années 1930 à 1970, Milton Erickson, bouleverse les concepts de l'hypnose et des thérapies brèves. Il est à l'origine de l'hypnose moderne, de part une approche moins directive et plus centrée sur le patient. Il démontre que le processus hypnotique est un phénomène naturel et accessible à tous, et qu'il n'est pas réservé à des personnes souffrant d'états pathologiques. Il aide le patient à mobiliser ses ressources personnelles pour atteindre la guérison. C'est aussi Milton Erickson qui introduit les concepts d'auto-hypnose. Ses travaux inspireront Richard Bandler et John Grinder, fondateurs d'une nouvelle discipline : la programmation neuro-linguistique. (24)

A partir de 1955, l'hypnose est officiellement reconnue comme pratique médicale par la British Medical Association puis en 1958 par l'American Medical Association.
En France, en 1971, le concept d'hypnose thérapeutique est introduit par Léon Chertok qui fonde le Laboratoire d'Hypnose expérimentale à Paris. (26) (27)
A partir des années 1980, deux formations à l'hypnose ont été créées par les docteurs Léon Chertok et Didier Michaux, Jean Godin et Jacques-Antoine Malarewicz qui ont permis à de nombreux thérapeutes d'intégrer l'hypnose dans leur pratique. (28)

En 2013, l'Académie Nationale de Médecine reconnaît dans son rapport l'efficacité des thérapies complémentaires que sont l'hypnose, l'acupuncture, l'ostéopathie et le tai chi. Elles sont notamment utiles en cancérologie. (29)
L'hypnose est une pratique ancienne qui détient actuellement un regain d'intérêt dans le domaine médical.

Plus particulièrement dans le domaine de la chirurgie dentaire, l'hypnose est utilisée dès le XVIème siècle pour soulager les douleurs dentaires.
En 1837, le chirurgien dentiste Jean-Victor Oudet réalise la première extraction dentaire sous hypnoanalgésie.
Dix ans plus tard, les praticiens Ribaud et Kiaro retirent une tumeur de la mâchoire à l'aide de l'hypnose.
En 1927, l'hypnose est enseignée aux Etats-Unis par le psychologue américain Thomas Burgess. (30)
Pendant la Seconde Guerre Mondiale, l'hypnose est utilisée pour soigner les soldats blessés au niveau de la région oro-faciale. (31)
En 1970, le Dr Berranger publie « l'hypno sophrologie en art dentaire » qui est le premier livre en langue française consacré à ce domaine. (32)
Aujourd'hui, 26% des écoles dentaires aux Etats-Unis et au Canada incluent dans leur cursus une formation d'hypnose alors qu'en France l'hypnose n'est souvent abordée que de façon brève. Sur les quarante-sept facultés de médecine de France, seulement dix proposent un diplôme universitaire d'hypnose médicale auxquelles des chirurgiens-dentistes peuvent participer mais dont la formation n'est pas spécifique à notre pratique. (33)

2.2 L'hypnose : un état naturel

L'état d'hypnose est un processus mental ordinaire que tout le monde expérimente au quotidien de façon naturelle et spontanée. D'après Ernest Rossi, cet état hypnotique survient en moyenne toutes les 90 minutes. (34) Dans ce moment particulier, l'attention décroche de la réalité présente et l'esprit vagabonde ailleurs.

Le dénominateur commun de ces transes spontanées est la focalisation de l'attention sur des éléments qui peuvent aussi bien être extérieurs qu'intérieurs. (35)

C'est l'exemple d'un spectateur qui se retrouve totalement absorbé par un excellent film, au point d'avoir le sentiment d'être partie prenante de l'histoire présentée. Des émotions telles que la joie, la tristesse ou la peur peuvent être ressenties alors même que ce qui lui est projeté à l'écran est totalement fictif.

L'élève en classe, le regard absent, s'évade un instant, l'esprit concentré sur des pensées personnelles. Il vit une intériorité qui le coupe du monde environnant et le pousse à être en léger décalage par rapport à son état de conscience habituel.

D'autres situations telles que la lecture, le théâtre, les concerts, les visites d'exposition favorisent le vagabondage de l'esprit dès lors que la personne se sent captivée par le sujet. Les tâches nécessitant un état de concentration intense peuvent également produire des effets similaires. De même, les situations ennuyeuses favorisent la venue d'états de transe. C'est le cas, par exemple, du conducteur sur l'autoroute qui se met en « pilote automatique » lorsque le trajet devient monotone. (36)

Les transes spontanées peuvent être positives mais aussi négatives. (37)

Les transes positives sont présentes lorsque des activités passionnantes sont réalisées. Ainsi la pratique de l'hypnose dans le sport permet d'améliorer l'état de concentration mentale, de dépassement de soi pour atteindre les objectifs fixés. Jacques Mayol, célèbre apnéiste, a été le premier au monde à plonger 100 mètres en apnée en utilisant des techniques d'hypnose et de méditation. Marine Leleu a également été la première française à terminer l'Enduroman, un triathlon de 460km rejoignant Londres à Paris. (38) Pour réaliser 144 kilomètres de course à pied, 33 kilomètres de natation et 290 kilomètres de vélo, un état mental particulier est forcément nécessaire pour oublier la fatigue physique, les courbatures et ainsi franchir la ligne d'arrivée. Toutes ces activités qui nous plaisent, nous passionnent ont des retentissements positifs au niveau corporel.

Les transes négatives sont aussi possibles. Par exemple, si l'un de nos proches ne rentre pas à la maison à l'heure attendue et qu'il reste injoignable, l'inquiétude finit par nous envahir et parfois, le pire vient à l'esprit. L'exemple des personnes dépressives peut

également être cité : leur attention est sans cesse focalisée sur les éléments qui ne vont pas dans leur vie ce qui nourrit leur mal être. Les idées noires finissent par se traduire corporellement via une mine triste, un corps replié sur lui-même ou une démarche atone.

L'une des caractéristiques des transes, qu'elles soient positives ou négatives, est que la notion du temps est souvent déformée. (35) Combien de fois, à l'occasion d'une soirée agréable avec des amis, tout le monde s'accorde à dire que le temps est passé trop vite ? Ou au contraire, à la fin d'une journée de travail épuisante, alors que l'empressement de rentrer chez soi se fait ressentir, l'attente du bus paraît interminable. Il existe une distorsion temporelle qui peut donner la sensation que le temps passe soit beaucoup plus vite, ou alors beaucoup plus lentement.
Un autre constat est que lorsque ces états de transe sont en place, il est très facile d'en sortir. Si une personne dévore un roman captivant et que soudainement une autre lui adresse la parole, la lectrice sort immédiatement de son état de transe pour reprendre le contrôle de la situation. (36)
Chacun de nous a certainement déjà été confronté à une situation semblable. Au même titre que monsieur Jourdain faisait de la prose sans le savoir, nous vivons tous des états d'hypnose au quotidien. Ces moments d'évasion qui nous apportent du réconfort ont des répercussions tout aussi bien psychiques que physiques. Notre cerveau cherche à retrouver régulièrement ces instants pour maintenir notre équilibre et bien-être.

2.3 L'hypnose : un phénomène induit

L'état de transe hypnotique peut être provoqué par la personne elle-même, c'est de l'auto-hypnose, ou induit par une tierce personne.

2.3.1 L'auto-hypnose

L'auto-hypnose consiste à se placer volontairement dans un état de transe.
Il en existe deux degrés : le premier permet de retrouver de manière rapide un état de relaxation et de détente lorsque l'on est confronté à une situation stressante.
L'autre degré d'auto hypnose consiste à provoquer une transe plus profonde, pour communiquer directement avec son inconscient et effectuer des changements durables dans notre vie. Par exemple, si vous avez l'intention d'arrêter de fumer ou de combattre une phobie, l'auto-hypnose est votre meilleure alliée. (23)

Pour qu'une séance d'auto-hypnose se déroule dans des conditions optimales, il faut respecter quelques règles simples. (37)

Tout d'abord, avant de commencer, il est nécessaire de s'installer dans un lieu calme et sécurisant, sans élément perturbateur. Ensuite, il est bon de prendre place confortablement dans un fauteuil plutôt qu'un lit car la position allongée invite au sommeil. S'installer à chaque séance, au même endroit et dans la même posture est utile pour accéder plus rapidement à l'état hypnotique. C'est ce que l'on appelle créer un ancrage. Par exemple, la personne peut choisir de s'assoir systématiquement dans un fauteuil, les paumes de main posées sur les genoux. Son corps saura que cette position est associée à l'état d'hypnose.

Une fois le contexte favorable établi, un objectif doit être choisi : retrouver un état de sérénité, soulager une douleur, améliorer ses compétences professionnelles ou sportives… Les possibilités sont multiples.

Pour induire l'état hypnotique, plusieurs techniques sont envisageables :

- fixer un point jusqu'à ce que nos yeux aient envie de se fermer (focalisation externe) ;
- se concentrer sur sa respiration (focalisation interne) ;
- se concentrer sur le bruit d'un métronome. (focalisation auditive)

Une fois l'état hypnotique activé, l'objectif fixé peut être répété intérieurement trois à quatre fois et la personne demande à son inconscient de mettre à disposition toutes les ressources nécessaires à l'aboutissement de son objectif.

En auto-hypnose, seul un état de transe légère ou moyenne peut se mettre en place car il faut un minimum de lucidité pour formuler ses demandes à l'inconscient.

Pour un état d'hypnose plus profond, l'intervention d'un hypnothérapeute est nécessaire lors de la première séance. Le patient pourra ensuite retrouver cet état par lui-même ultérieurement.

2.3.2 L'hypnose induite par une tierce personne

L'hypnose est un état qui peut être induit par une personne extérieure.

L'hypnopraticien se synchronise à son interlocuteur par la posture et le choix des mots et tend à devenir le miroir de l'autre afin que celui-ci se sente à l'aise et en confiance. En effet, se retrouver face à une personne qui nous ressemble créé des affinités plus rapidement et facilite l'émergence d'une alliance relationnelle. Ensuite, le patient est invité

à focaliser son attention sur un sujet qui l'intéresse et le passionne. Le praticien l'aide à retrouver un état de transe naturelle qu'il a l'habitude d'expérimenter au quotidien. Comme l'énonce Didier Michaux « l'hypnotiseur ne crée pas cet état, il le déclenche. » (28)
Selon les objectifs à atteindre, la transe peut être beaucoup plus profonde qu'en auto-hypnose. Dans cet état, c'est l'hypnothérapeute qui communique avec l'inconscient de son patient, formule ses demandes en réemployant ses mots, comme si finalement il se parlait à lui-même. Le thérapeute devient le « prolongement » de son patient et l'accompagne durant toute la transe, ce dernier pouvant se laisser guider en toute confiance.

Il existe différents types d'hypnose selon les buts recherchés. On distingue : l'hypnose conversationnelle et l'hypnose formelle.

Au cours de l'hypnose conversationnelle, le praticien aide la personne à retrouver une transe légère naturelle, sans que celle-ci ne s'en rende forcément compte, via des suggestions subtiles, l'utilisation d'anecdotes et de métaphores. Le praticien et le patient sont dans l'échange et la spontanéité. (36)
Le processus qui s'opère en hypnose conversationnelle peut se résumer en quatre étapes : - les paroles de l'hypnothérapeute induisent des pensées chez le patient ;

- ces pensées évoquent des représentations : visuelles, auditives, kinesthésiques ;
- ces représentations provoquent des émotions ;
- les émotions induisent des réactions.

Les paroles induisent des émotions qui se traduisent en action : c'est un phénomène idéomoteur. (39)
Exemple : *« Imaginez-vous au bord d'un étang, en train de jouer au ricoché… Vous observez attentivement le caillou rebondir sur la surface de l'eau et s'éloigner* ***tranquillement****… La surface de l'eau créé sur son passage des ondulations circulaires qui s'estompent progressivement… puis l'eau redevient* ***calme****…* ***tranquille****… la surface redevient* ***doucement*** *immobile… comme un miroir… »* [1] (40)
Par le biais de cette métaphore, un patient anxieux peut progressivement retrouver un peu plus de tranquillité.

L'hypnose formelle, quant à elle, est plus protocolaire et réglementée. Au cours de la transe, l'esprit conscient s'éloigne de plus en plus et l'hypnopraticien aide le patient à

[1] L'hypnothérapeute souligne l'importance des mots notés en gras via un changement discret de l'intonation de sa voix.

communiquer directement avec son inconscient qu'Erickson considère comme un « immense magasin de solutions ». (35) Tout ceci n'est possible que si le patient en exprime la volonté. Ce dernier doit être motivé, comprendre les enjeux et les bénéfices qu'il peut tirer de cette expérience. Un objectif de travail est fixé d'un commun accord, le patient restant maître de ses actes et de ses décisions pendant toute la séance, le praticien n'étant qu'un simple accompagnateur.

L'hypnose formelle se pratique de différentes manières. Les concepts ont évolué au cours du temps et se sont adaptés à l'évolution de la société. On distingue l'hypnose classique de l'hypnose ericksonienne. (41) (42)

- L'hypnose classique

L'hypnose classique ou traditionnelle est la forme la plus ancienne. C'est notamment celle utilisée au cours des spectacles. Il s'agit d'une forme autoritaire qui utilise des suggestions directes. Exemple : *« dors, dors plus profondément encore, je le veux ! »*
Certaines personnes sont sensibles à ce type d'ordre. D'autres, au contraire, auront tendance à s'y opposer et se montrer résistant.

Dans le cas de l'hypnose de foire, l'hypnotiseur choisi la personne qui sera la plus sensible à ses suggestions. Pour détecter ces sujets, il fait passer aux candidats des tests de suggestibilité comme par exemple celui des doigts aimantés.
*« Vous allez placer les deux paumes de mains jointes ensemble… **Collez** les paumes de mains ensemble… Dépliez les index en direction du plafond, et regardez bien vos doigts… Séparez les index d'environ 1cm et gardez l'espace entre les doigts… Fixez toujours l'espace entre les doigts… Maintenant, servez-vous de votre imaginaire… imaginez que vos doigts se **rapprochent**, regardez-les, vos doigts se **rapprochent** et se **collent** de plus en plus, de mieux en mieux… Regardez vos doigts qui se rapprochent et se **collent** tellement fort qu'au compte de trois, il sera impossible pour vous de les bouger, impossible de les séparer. Avec le 1, vos doigts **collent** maintenant et restent **coincés**, avec le 2, impossible de les bouger, avec le 3, vos doigts ne bougent plus, vous êtes **coincés** dans cette position, peu importe ce qu'il se passe même si vous tentez de les séparer, ils sont **coincés**, **collés**, **soudés**. »*

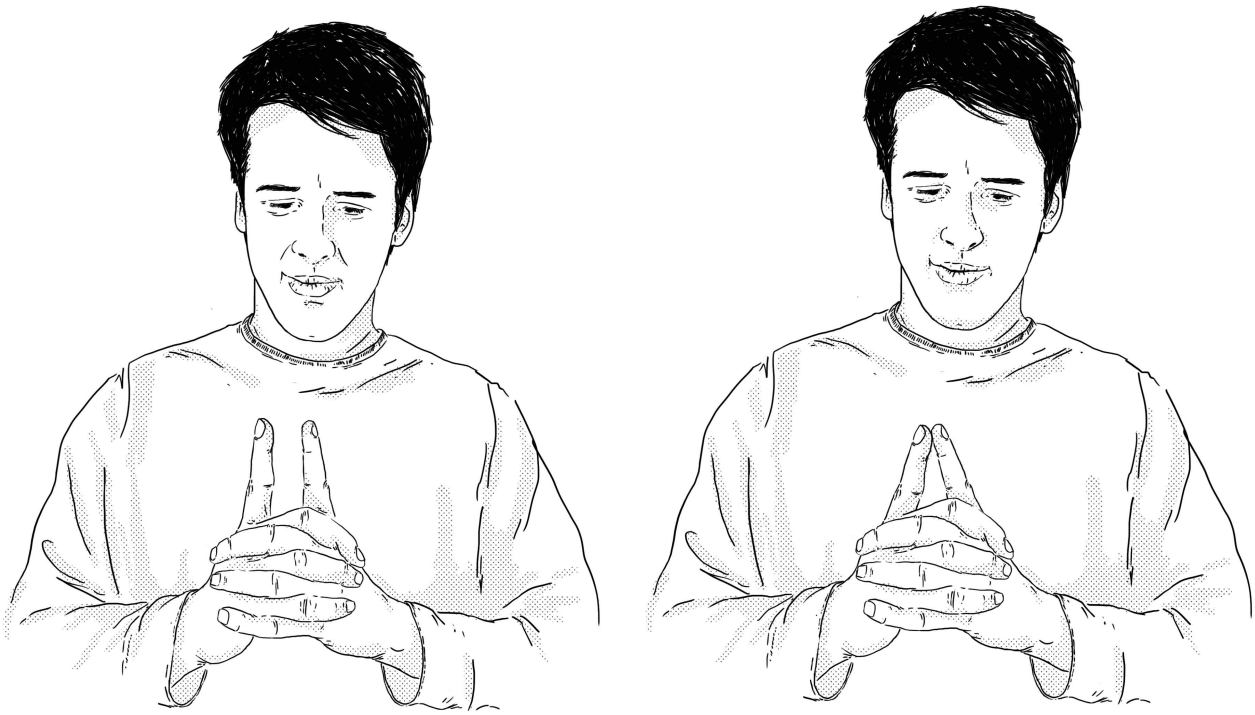

Figure 1 : Test de suggestibilité des doigts aimantés.

Ce type d'hypnose n'a pas sa place dans le domaine médical, car il n'y a aucune approche bienveillante dans cette pratique. L'hypnotiseur se sert de la suggestibilité d'une personne dans son propre intérêt.

- L'hypnose ericksonienne

L'hypnose ericksonienne développée dans les années 1930 par Milton Erickson, est une hypnose moins directive et plus permissive qui utilise des suggestions indirectes et camouflées pour contourner les résistances. Elle donne l'impression à la personne d'utiliser son libre arbitre mais ses possibilités se limitent aux restrictions qu'impose le thérapeute. Exemple : *« voulez-vous être détendu* ***tout de suite*** *ou* ***dans quelques instants*** *? »* La finalité sera dans tous les cas de retrouver un état de détente.

L'hypnopraticien s'adapte à son patient pour trouver la technique efficace qui provoquera l'état hypnotique. Globalement, il a été mis en évidence que 10% de la population est fortement hypnotisable, 80% l'est moyennement et 10% l'est très peu.
Le challenge de l'hypnothérapeute est donc de faire preuve d'assez de créativité et d'inventivité pour toucher la sensibilité du patient et le conduire à expérimenter l'hypnose.

2.4 L'hypnose : passerelle entre conscience et inconscience

L'hypnose, cet état de conscience particulier, permet la résolution de multiples problèmes pour soi-même et les autres. Elle reste cependant une notion assez vague, dont il n'existe pas de définition consensuelle.

D'après l'American Psychological Association, elle est qualifiée par un « état de conscience impliquant une attention ciblée et une conscience réduite de la réalité environnante. Cet état de conscience est caractérisé par une capacité accrue à répondre aux suggestions. » (43)

Pour Milton Erickson, il s'agit d'un « état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissages. » (44)

Jean Godin, quant à lui, propose la définition suivante : « c'est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce « débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure », qui suppose un certain lâcher-prise, équivaut à une façon originale de fonctionner à laquelle on se réfère comme à un état. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient. » (44)

Toutes ces définitions s'accordent pour dire que l'hypnose est un état de conscience modifié, différent de la veille ou du sommeil. La personne hypnotisée se retrouve dans un état de concentration mentale qui la rend indifférente à son environnement et à la réalité extérieure : son champ d'attention est réduit. Dans cet état de transe, la personne est capable de communiquer avec son esprit inconscient. Milton Erickson dit même : « en hypnose, vous cessez d'utiliser votre esprit conscient et vous commencez à utiliser votre esprit inconscient. Car inconsciemment vous en savez autant, et même vous en savez

bien plus que vous n'en savez consciemment. » (36) L'hypnose constitue donc la passerelle entre notre conscient et notre inconscient.

La conscience représente notre esprit logique et raisonné qui nous permet la perception de soi et de la réalité du monde extérieur. Elle nous ramène dans l'ici et maintenant et nous fait profiter de l'instant présent.
L'inconscient, quant à lui, gère tout ce dont nous n'avons pas conscience comme par exemple l'ensemble de nos réflexes physiologiques, l'ensemble de nos méthodes d'apprentissage, de nos croyances et valeurs. Tout ce que l'on possède de façon innée, tous nos automatismes sont contenus dans l'inconscient. Il détient également une fonction de protection car c'est lui qui contrôle notre instinct de survie.
De manière imagée, nous pouvons comparer la conscience comme la partie émergée d'un iceberg et l'inconscient comme sa partie immergée. (45) La partie immergée d'un iceberg est beaucoup plus importante que sa partie émergée, au même titre que l'inconscient détient un nombre d'informations beaucoup plus étendu que la conscience elle-même. Ses ressources sont infinies.
L'état de transe hypnotique, que Claude Virot qualifie de « conscience virtuelle » (35), se caractérise par une fixation de l'attention très ciblée qui nous déconnecte partiellement de la réalité. Dans cet état, notre attention se déplace d'une information à une autre de façon beaucoup plus lente, notre temps de réaction est plus élevé et notre capacité à faire travailler notre imaginaire est décuplé. Notre inconscient est sensible aux suggestions et est très réceptif au langage imagé. Lacan considère même les métaphores comme « structure langagière de l'inconscient. » (46) En communiquant avec l'inconscient, nous sommes capables d'effectuer des reprogrammations de nos comportements. Nous le verrons ultérieurement, cela peut être très utile dans le domaine de la chirurgie dentaire.

2.5 Neurophysiologie de l'hypnose

L'hypnose a souvent été considérée comme un état proche de l'état mystique. (47) Encore aujourd'hui, une reconnaissance sociale positive ne lui est pas pleinement accordée car cette pratique est loin d'être entrée dans les mœurs. (48) Les recherches menées en neurosciences permettent de lui redonner une certaine légitimité.
Cet état de conscience particulier, différent du sommeil, du coma ou de l'état de veille a été mis en évidence par Gorton en 1949 grâce à l'enregistrement électroencélographique (EEG). Les processus pouvant induire un état hypnotique sont tellement divers qu'il est

impossible d'attribuer à l'hypnose une signature neurologique propre. Il a été constaté cependant l'existence d'une « matrice cérébrale de l'hypnose ». Des études menées par l'équipe du Dr Marie Elisabeth Faymonville avec la tomographie par émission de positons (TEP) et l'eau marquée à l'oxygène 15, ont montré des modifications du débit sanguin cérébral dans certaines régions.

Des zones cérébrales sont activées, comme par exemple :

- le cortex cingulaire antérieur responsable de l'attention, du contrôle cognitif et de la modulation de la douleur ;
- le cortex occipital engagé dans les processus visuels permettant de construire des images mentales ;
- le cortex pariétal responsable des sensations kinesthésiques ;
- la zone frontale impliquée dans les fonctions exécutives du cerveau.

D'autres zones cérébrales sont désactivées comme le précunéus, responsable de la perception de son corps dans l'environnement extérieur et le cortex cingulaire postérieur impliqué dans les processus conscients. (49) (50)

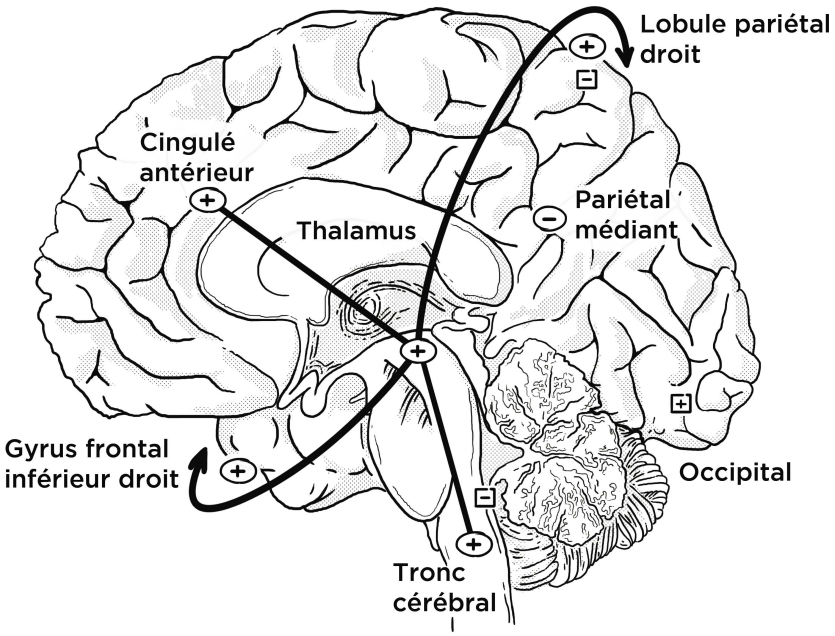

Figure 2 : augmentation (+) ou diminution (-) du débit sanguin cérébral associées à la relaxation (forme carrée) ou à l'absorption mentale (forme en cercle) ressenties pendant l'hypnose. L'absorption hypnotique ressentie est directement proportionnelle à l'activation précise et coordonnée du réseau cérébral responsable de la régulation de l'attention (dont les éléments sont reliés par des traits).

© Pierre Rainville, revue Théologiques, vol.12, n°1-2, 2004. (51)

Selon Price et Barrel, cet état particulier peut être détecté par la présence de différents signes (52) :

- le patient est relaxé et détendu, son tonus musculaire se modifie ;
- son attention est focalisée sur une ou plusieurs cibles entraînant un rétrécissement de son champ de conscience ;
- le patient présente une absence de jugement, de contrôle et de censure ;
- sa perception de lui-même et de son espace spatio temporel est modifiée ;
- il a accès à des réponses automatiques, sans effort ni délibération ;

Les propos de Price et Barrel concernant l'absence de jugement, de contrôle et de censure sont à modérer. En effet, le patient pendant l'hypnose garde le contrôle et reste en totale possession de ses moyens. Il lui est plus aisé de faire un travail sur lui-même pour se remémorer des informations enfouies et censurées par son inconscient.

2.6 La communication

L'hypnose repose avant tout sur la communication.
D'après Paul Watzlawick, il est impossible de ne pas communiquer car tout comportement est une forme de communication en soi (53). Même un silence, selon le contexte, peut être lourd de sens. Alors, si une entière neutralité est impossible, autant prendre conscience de notre communication et s'engager volontairement à la rendre la plus efficace possible. La maîtrise de la communication est essentielle pour créer du lien avec notre interlocuteur et poser les fondements d'une alliance thérapeutique solide.

Toute communication passe par le langage non-verbal, para-verbal et verbal. Il a été prouvé que :

- 55% d'une communication est basée sur le langage non-verbal ;
- 38% d'une communication sur l'intonation de la voix ;
- 7% repose sur la signification des mots. (54)

L'important n'est pas le message en lui-même mais la manière de le faire passer. Un même message aura un sens qui diffère selon le contexte, le langage corporel qui l'accompagne, l'intonation.

2.6.1 Le langage non verbal

Le langage non verbal ou langage du corps, repose sur un mode de communication via notre posture, notre gestuelle, nos expressions faciales, la proxémie.

Marino Bonaiuto propose une classification de la communication non verbale, allant des signes les plus manifestes jusqu'aux moins évidents. Il note tout d'abord l'importance de l'aspect extérieur de la personne et de son comportement dans son environnement. Vient ensuite ses modes d'expression : facial et vocal. (55)

L'aspect extérieur concerne le physique, la silhouette et les vêtements de l'interlocuteur. Il est souvent dit que l'habit ne fait pas le moine. Toutefois, l'aspect extérieur est ce qui est perçu en premier et reflète notre personnalité. Généralement, la tenue vestimentaire est choisie selon notre goût et l'image que l'on souhaite transmettre aux autres. Une personne avachie, à l'aspect négligé, à la démarche nonchalante et dont les habits sont en mauvais état peuvent sous-entendre un certain laisser aller dans sa vie personnelle.

Le comportement spatial concerne la distance interpersonnelle et le contact corporel. La distance interpersonnelle ou proxémie est à adapter selon le type de relation que l'on entretien avec un individu. D'après Edward Hall, on peut distinguer quatre types de distance : la distance publique (3,6 à 7,5m), la distance sociale (1,20 à 2,10m), la distance personnelle (45 à 120cm) et la distance intime (15 à 45cm). (7)

Le comportement cinétique concerne les mouvements du tronc et des jambes, les gestes des mains et les mouvements de la tête.
Exemples : le mouvement frénétique d'une jambe peut traduire un état de stress, un hochement de tête une approbation ou désapprobation.

Le visage concerne le regard, le contact visuel et les expressions du visage.
Exemples : le regard fuyant d'un interlocuteur peut traduire une gêne ou un désintéressement. Dans d'autres cultures, regarder une personne en face est malpoli.
Il existe six émotions universelles qui peuvent se lire sur un visage : la joie, la surprise, la tristesse, la colère, le dégoût et la peur. Un sourire se lit sur le visage d'une personne contente, le froncement des sourcils peut signifier un mécontentement. (56)

Les signes vocaux : on distingue les signes vocaux verbaux dotés de signification paraverbale (les onomatopées), les signes vocaux non-verbaux (raclement du fond de la gorge), les silences.

Le langage non verbal est le mode de communication le plus expressif, celui qui détient le plus d'importance. Les signes non verbaux émis par une personne de manière inconsciente sont le reflet de son état intérieur. Lors d'une communication entre deux individus, il primera sur le langage verbal.

Une meilleure connaissance du langage non verbal permet d'améliorer considérablement sa relation avec les autres et l'impact de sa communication.

2.6.2 Le langage para-verbal

Le langage para-verbal peut être considéré comme une sous-catégorie de la communication non verbale. Il inclut tout ce qui est relatif à la voix à savoir son timbre, son intonation, son rythme, son volume mais aussi ses silences. C'est par le langage para-verbal que se transmet toute l'émotion d'un discours. (7)

2.6.3 Le langage verbal

Il s'agit de l'ensemble des mots utilisés. Bien que son importance soit plus réduite face au langage non verbal et para verbal, il indispensable de bien choisir son vocabulaire pour entreprendre une communication efficace.

Dans le domaine médical, le langage se doit d'être simple et compréhensible pour le patient. Il est nécessaire de toujours s'adapter à son interlocuteur, de repérer si son langage est plutôt familier, courant ou soutenu. Un jargon trop professionnel doit être évité, il faut garder une cohérence avec le niveau intellectuel du patient.

De même, les mots employés doivent autant que possible avoir une connotation positive afin d'éviter l'effet nocébo de certaines paroles. (54)

Par exemple, *« je vais réaliser une anesthésie et faire en sorte que ce soit le plus* ***confortable*** *possible pour vous »* plutôt que *« je vais vous faire une* ***piqûre*** *et essayer de ne pas vous faire* ***mal*** *».*
Ces phrases ont globalement la même signification mais seront mieux interprétées par le patient et évitent d'ajouter un stress supplémentaire.

L'inconscient n'entend pas les négations. Lorsque l'on dit *« n'ayez pas peur »*, celui-ci retient *« ayez peur »*. Donc au lieu de dire *« n'ayez pas* ***peur*** *»* plutôt dire *«* ***rassurez-vous*** *»*. (57)

2.6.4 Le langage analogique et digital

Les êtres humains utilisent deux modes de communication entièrement différents : le digital et l'analogique.

Le mode digital est généralement verbal et explicite. Il concerne tout ce qui est de l'ordre de la parole et décrit avec exactitude le contenu d'un message. Sa syntaxe est logique.
Le mode analogique est généralement non verbal et implicite. Il concerne tout le reste : la gestuelle, les mimiques, les actes…
Ces deux langages sont constamment intriqués lorsque l'on communique. (58) (59)

Par exemple, la question : « quelle heure est-il ? » relève du langage digital et sa traduction dans un langage analogique serait de montrer son poignet à quelqu'un d'un air interrogateur.

L'esprit conscient est plus à même de comprendre et d'interpréter le langage digital tandis que le langage analogique touche directement l'inconscient. En hypnose, lorsque le praticien utilise des métaphores, il se sert des processus analogiques comme un outil thérapeutique en soi. (60)

2.6.5 Les canaux sensoriels

Chaque personne a une manière préférentielle de percevoir le monde qui l'entoure, au travers de ses canaux sensoriels. Certaines sont plus visuelles, d'autres auditives, kinesthésiques, olfactives ou gustatives.

Une personne visuelle aura tendance à dire : - *« je **vois** ce que tu veux dire »*
- *« **éclaire-**moi sur ce point »*

Une personne auditive dira plutôt : - *« **j'entends** bien ce que tu dis »*
- *« c'est beaucoup de **bruit** pour pas grand-chose »*

Un kinesthésique dira : - *« j'ai la situation bien en **main** »*
- *« je perds **pied** »*

Un olfactif dira : - *« un détail m'est passé sous le **nez** »*
- *« je **sens** bien ce truc là »*

Un gustatif dira plutôt : - *« je l'ai sur le bout de la **langue** »*

- *« je n'ai pas **digéré** la réflexion qu'il m'a faite l'autre jour »* (61)

Par ailleurs, il a été constaté que le positionnement des yeux lorsqu'une personne s'exprime donne également des indications sur le canal sensoriel préférentiel.

Lorsque les yeux sont situés en haut et à droite de la personne, celle-ci a une préférence visuelle. Elle a tendance à s'imaginer un objet. C'est une image construite de toute pièce par son esprit.

Lorsque les yeux se placent en haut et à gauche, la préférence est toujours visuelle mais l'image est remémorée. La personne cherche à revisualiser un souvenir.

Quand les yeux se situent sur la ligne horizontale à gauche et à droite, la préférence est auditive.

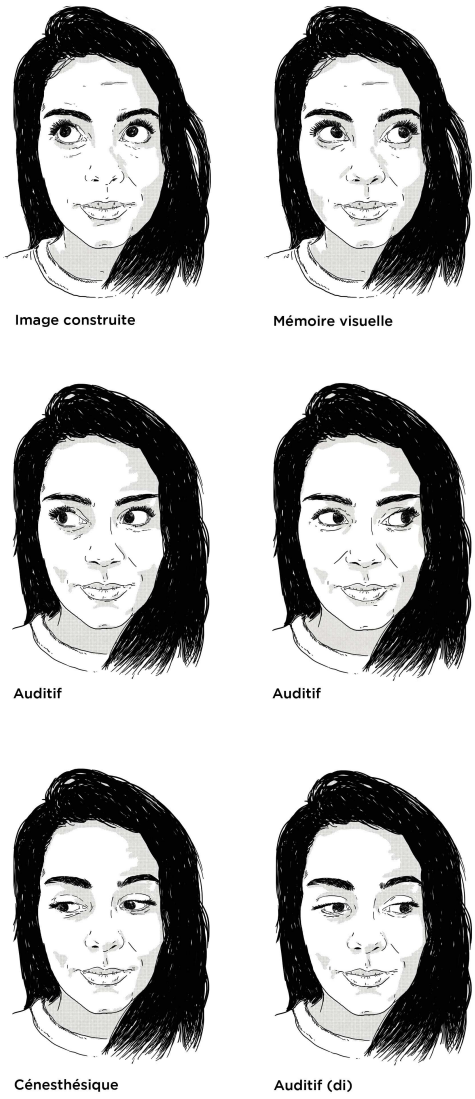

Figure 3 : Position des yeux et détection du VAKOG.

Pour les yeux situés en bas à gauche, la préférence est auditive mais privilégie le dialogue interne. Exemple : « que vais-je faire pour régler cette situation ? » C'est la « petite voix intérieure » qui parle.
Pour les yeux situés en bas à droite, la préférence est cénesthésique, olfactive et gustative. (23)

Le praticien doit s'entraîner à détecter le mode de perception de son patient pour mieux s'accorder à lui et partager sa représentation de la réalité.
La plupart des personnes sont plutôt visuelles, viennent ensuite les kinesthésiques, les auditifs et plus rarement les olfactifs et les gustatifs. (57)

2.6.6 L'importance de la communication dans la relation de soins

Il a été montré que la communication centrée sur le patient permet au praticien de réaliser de bons diagnostics et améliore les résultats thérapeutiques. L'écoute attentive du patient permet au praticien de mieux cibler son examen clinique et de détecter plus efficacement l'origine des symptômes décrits.

Une bonne communication augmente également la satisfaction des patients et leur compliance au traitement. (62)

Il est donc nécessaire de soigner notre manière de s'exprimer car elle permet d'améliorer considérablement la qualité de notre pratique quotidienne. C'est l'outil indispensable à la mise en place d'une relation solide entre le praticien et le patient, la communication fait partie intégrante de la thérapeutique.

2.7 Les outils hypnotiques

Nous développerons ici 14 outils hypnotiques fréquemment utilisés qui découlent tous d'une certaine maîtrise de la communication : la position basse, la synchronisation, la congruence, la focalisation, les suggestions, le questionnement, les truismes, le yes set, les métaphores, l'implication, la confusion, la négation, l'alternative illusoire, le paradoxe et le saupoudrage.

2.7.1 La position basse

La position basse est une position d'humilité qui remet le patient au centre du soin. Le praticien part toujours du patient, de son vécu et de sa perception des choses, pour le guider vers le changement. Son comportement actuel est respecté, sans jugement, et ses ressources sont valorisées. (63) Progressivement, le patient pourra gagner en assurance et autonomie. Ce changement de posture doit se réaliser de manière progressive, le patient doit y être encouragé. (7)

2.7.2 La synchronisation

La synchronisation est un processus par lequel le praticien va utiliser les principes de communication pour s'accorder progressivement avec son patient, via le mimétisme subtil de son comportement. Une synchronisation efficace va mettre à l'aise l'interlocuteur et permet de tisser plus aisément une alliance thérapeutique.

Des études sur les neurones miroirs ont mis en évidence l'impact du mimétisme au niveau comportemental. Les neurones miroirs sont une classe spécifique de neurones qui s'activent lorsqu'une personne effectue une action, mais aussi lorsqu'elle observe une autre personne en train d'exécuter la même action. Par exemple, si nous observons quelqu'un croquer dans une pomme, nos neurones miroirs s'activent de la même façon que si nous croquions nous-même dans cette pomme. (64) Il a été établi qu'entre faire une action, l'observer ou se l'imaginer, les mécanismes cérébraux activés sont identiques.

Cette résonance existe également lorsqu'il s'agit des émotions : la naissance d'une émotion chez soi et la reconnaissance de cette même émotion par l'autre partagent des mécanismes cérébraux et cognitifs communs. Claude Virot énonce même « le mirroring facilite la perception par le soignant de ce que ressent et vit le patient ici et maintenant et permet plus facilement de l'accompagner dans ses mouvements émotionnels. » (65)

Le mirroring invite donc deux individus à partager des représentations mentales analogues, faisant du cerveau un « organe social » et non individuel qui est sans cesse en interaction avec les autres et s'influencent réciproquement. (66)

Une expérience a enregistré simultanément l'activité cérébrale de deux personnes effectuant exactement les mêmes gestes. Après un certain temps, les ondes cérébrales provenant des deux cerveaux deviennent identiques, montrant une synchronisation de ces cerveaux. (67)

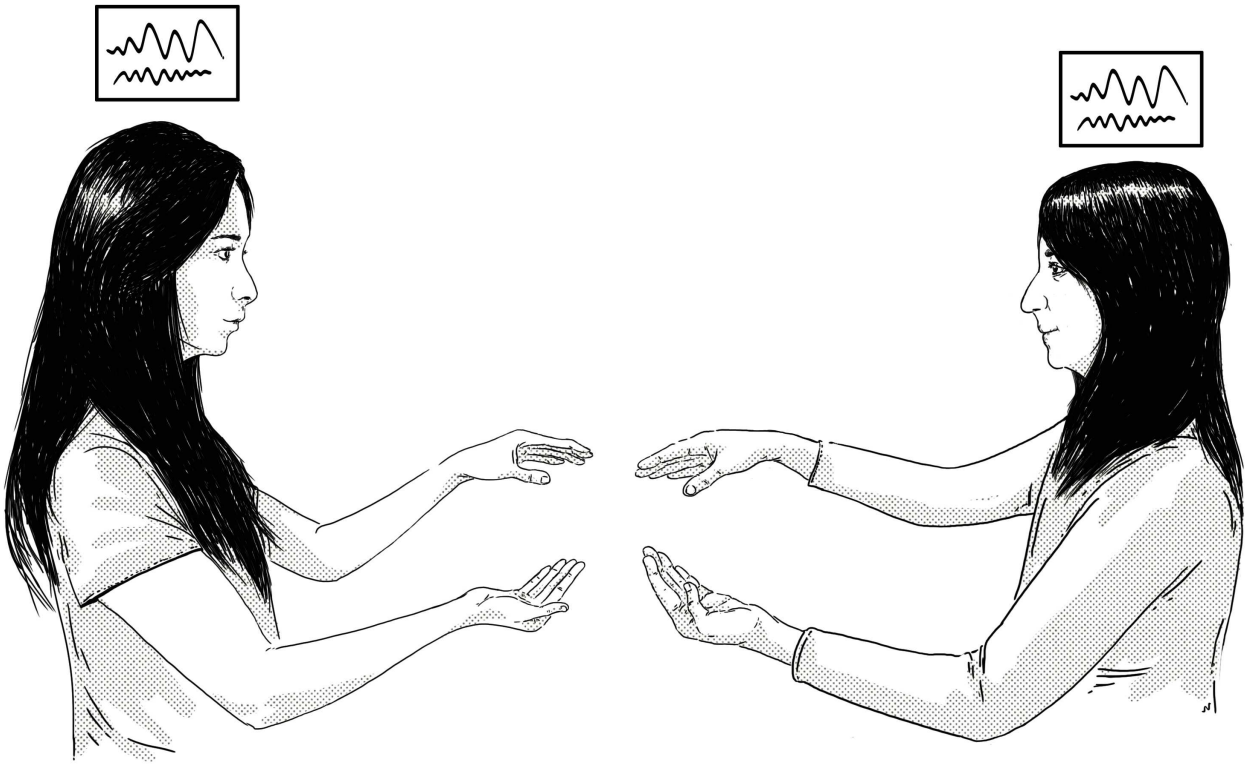

Figure 4 : La synchronisation cérébrale.

Une synchronisation volontaire requiert un sens aiguisé de l'observation et une grande réactivité. Elle se décompose en trois étapes : le mirroring, le pacing et le leading. (68)

Le mirroring : le principe est de devenir le miroir de son interlocuteur, aussi bien sur le plan non verbal, para verbal que verbal.
Si l'interlocuteur croise les jambes et s'exprime rapidement dans un registre familier, dans ce cas nous reproduirons exactement son mode d'expression.
Le mirroring peut être direct : dès que l'interlocuteur effectue un geste on reproduit exactement le même.
Le mirroring peut être également indirect : s'il oscille une jambe à un certain rythme, on peut adapter notre respiration à ce même rythme.
Le mirroring peut être simultané, soit être mis en place dans les 30 secondes suivant l'action, de façon régulière.
C'est un processus qui doit se mettre en place de façon subtile de manière à ne pas devenir une caricature de l'autre et à perdre toute crédibilité.

Le pacing : qui signifie « marcher au pas » implique que l'on respecte le rythme de la personne, pendant un temps plus ou moins long. Par exemple, on peut se calquer sur la respiration de l'autre.

Le leading : c'est la phase où le praticien prend les commandes. Il vérifie au fur et à mesure si le patient le suit de manière inconsciente. Par exemple, si le praticien bouge imperceptiblement son index, le patient reproduira le même mouvement. C'est le leading qui confirme qu'une synchronisation est bien en place et qui peut être utile à des fins thérapeutiques.

2.7.3 La congruence

Le langage du corps expose le fond de notre pensée et signe l'authenticité de nos paroles. S'il existe une discordance entre le message verbal et non verbal, la personne va privilégier de manière intuitive ce qui est communiqué par le langage non verbal. Si au contraire le langage verbal et non verbal coïncident, on parle alors de congruence. (7)

2.7.4 La focalisation

La focalisation peut se définir par une « fixation de l'attention sur un élément en lien avec le sujet ou son environnement, qui permet de réduire un temps l'espace de conscience et ainsi faciliter la dissociation psychique. » (69) C'est donc grâce à la focalisation qu'il est possible d'amener progressivement une personne vers un état hypnotique. Claude Virot précise que plus la focalisation est étroite, plus la transe est intense et moins la personne perçoit ce qui se passe autour, sauf si une surprise ou un danger potentiel surviennent. (35)

Il a été prouvé par Etienne Koechlin et Sylvain Charron qu'il était impossible pour le cerveau de se concentrer sur plus de deux tâches à la fois. La première tâche est prise en charge par l'hémisphère droit, la seconde tâche par l'hémisphère gauche. Une zone située dans la partie la plus frontale du cerveau s'active pour coordonner ces deux activités et les gérer de manière successive. S'il s'ajoute une troisième tâche il va y avoir une perte de précision quant à sa réalisation. (70)

Stanislas Dehaene déclare également que lorsque « notre conscience est occupée ailleurs, nous n'avons aucune autre possibilité de prendre du recul et de nous rendre compte que le traitement d'un second élément prend du retard. » Si la conscience est

totalement absorbée par une idée, les autres informations qui parviennent à nous attendent dans un espace inconscient et cette attente peut fragiliser ces informations à tel point qu'elles risquent même de disparaître. (71)

De ce fait, si un praticien invite son patient à se concentrer mentalement sur un sujet qui le passionne, son attention sera détournée vers quelque chose qui lui est agréable et le soin réalisé au même instant lui semblera lointain et insignifiant.

2.7.5 La suggestion

La suggestion consiste en un « message destiné à influencer l'interlocuteur, dans sa pensée, ses émotions, ses motivations, ses comportements. » (23)
Les suggestions sont présentes dans toute communication et peuvent revêtir différentes formes : non verbales, para verbales ou verbales. Le but étant de faire réagir consciemment ou inconsciemment l'interlocuteur.
Il est difficile de dresser une liste exhaustive des différents types de suggestion. Celle-ci étant sans cesse enrichie par les praticiens selon leur expérience et leur inventivité.
Pour que toute suggestion soit efficace, il est indispensable d'installer au préalable un climat de confiance avec son interlocuteur, pour contourner les résistances. Il faut garder à l'esprit qu'il s'agit d'un travail collaboratif, l'hypnose n'étant pas un processus que l'on impose au patient contre son gré. Il existe une implication mutuelle, une coordination progressive des comportements via la synchronisation. L'un mène la danse et l'autre le suit avec son adhésion et sa complicité pour aboutir à l'alliance thérapeutique.
On part toujours de l'état dans lequel le patient se trouve, pour au final procéder à des recadrages et le mener au changement. Les recadrages permettent de présenter au patient une situation sous un nouvel angle afin de transformer sa perception initiale. Il est nécessaire de respecter la personnalité de son patient, une personne pouvant mettre plus de temps à réagir à une suggestion qu'une autre. Il faut trouver ce à quoi elle répondra le mieux pour obtenir une réponse plus rapide. (69) Il existe différents types de suggestions, directes ou indirectes.

Concernant la suggestion directe, le praticien évoque explicitement ce qu'il souhaite obtenir. Le patient comprend consciemment ce qui lui est demandé, les tenants et les aboutissants. C'est une technique d'hypnose classique, autoritaire et directive, à utiliser de façon précautionneuse car elle peut très bien éveiller des résistances chez le patient. (23)

La voix doit être assurée, le ton ferme sans pour autant être désagréable. Si la suggestion est répétée plusieurs fois, de façon à saturer l'esprit conscient de la personne, elle aura une efficacité.
La suggestion directe est très efficace lorsque le patient se retrouve en situation d'urgence (situation de détresse comme le réflexe nauséeux, la douleur aiguë) car il cherche à tout prix une porte de sortie et n'a pas d'autre choix que d'écouter ce qui lui est dit.

Les suggestions indirectes sont beaucoup plus subtiles. Elles ont un côté plus permissif que les suggestions directes. Le praticien va suggérer au patient quelque chose sans qu'il ait compris que c'est une demande. (68) La personne aura l'impression d'avoir un pouvoir de décision et cela permet de contourner des résistances.
Par exemple, au lieu de dire *« s'il te plaît, passe-moi le poivre »* on peut dire *« ce plat est excellent, avec un peu de poivre, il sera encore meilleur. »* La personne proposera spontanément de passer le moulin à poivre.

2.7.6 Le questionnement

Le questionnement est une façon indirecte de suggérer une pensée, un comportement, une sensation. *« Je me demande à quel moment vous sentirez des picotements dans les mains… »*

2.7.7 Les truismes et le « yes set »

Les truismes sont l'ensemble des évidences incontestables et qui peuvent être utilisées pour créer un « yes set ». Le yes set se définit lorsque le patient répond positivement à une série de question, qu'un climat d'acceptation se crée dont il est difficile de se défaire. L'efficacité des suggestions qui vont suivre en sera démultiplié, les résistances seront diminuées.
Le yes set permet aussi de confirmer qu'un état modifié de conscience est bien en place. Si l'on constate que la personne se met à acquiescer des informations saugrenues et incompréhensibles c'est qu'elle est déjà plongée dans une transe hypnotique.

Exemple : *« **Chacun d'entre nous** a fait l'expérience de marcher par une froide journée d'hiver et d'avoir ressenti le froid sur sa peau… Et je suis sûr que vous avez ressenti combien le vent de l'hiver pouvait être froid sur votre peau, **n'est-ce-pas** ? Et vous vous*

souvenez que vous pouviez voir votre respiration, comme un brouillard dans l'air froid, ***pas vrai*** *? Et plus vous marchez avec le visage ou les mains exposés à cet air froid, et plus ils s'engourdissent,* ***n'est-ce-pas*** *? Et votre esprit se souvient ainsi de ce qu'est cette sensation d'engourdissement. »* (40)

2.7.8 Les métaphores

La métaphore est une figure de style fondée sur l'analogie. Elle permet de traduire une pensée de façon plus riche et complexe qu'une simple description. (72)
Le langage métaphorique permet de s'adresser directement à l'inconscient et d'éviter les rejets conscients. C'est une approche subtile qui permet de « dire les choses sans les dire » et de contourner les résistances. Par le biais d'histoires, de fables ou d'anecdotes, la métaphore éveille l'intérêt de l'interlocuteur et détient un réel impact en suscitant des émotions. (73) Elle permet également de mettre à l'aise le patient en créant une atmosphère plus légère et d'établir un bon rapport. (74)

Exemple de métaphore simple : *« la transe spontanée c'est lorsque notre esprit est* ***dans la lune****. »*

2.7.9 L'implication

Au lieu de suggérer directement qu'un effet va se produire, le praticien va tout simplement présumer qu'il va se réaliser.
Par exemple, au lieu de dire *« une main* ***va-t-elle*** *s'élever ? »* le praticien peut dire *«* ***laquelle*** *de vos mains va s'élever ? »*.
La manière dont la première question est formulée peut laisser entendre qu'une main peut s'élever, mais il est aussi possible qu'aucune main ne s'élève.
Concernant la deuxième question, il est sûr qu'une des deux mains va s'élever, reste à savoir s'il s'agira de la droite ou de la gauche. Dans tous les cas, un résultat sera obtenu. (40)

2.7.10 La confusion

La confusion désactive les « dispositions mentales conscientes » pour laisser les processus inconscients se manifester plus aisément. (40)
Le praticien dit ou fait quelque chose d'inhabituel ou d'illogique, de façon à désarçonner l'interlocuteur.
Exemple : *« est-ce-que vous **ne pensez pas** que nous **n'êtes pas** dans un état hypnotique **ou non** ? »* Cette triple négation provoque de la confusion. Le praticien profite de cet instant de sidération pour placer une suggestion claire que le patient sera à même de réaliser car elle détient du sens. (75)

2.7.11 La négation

Le meilleur moyen de garder le contact avec une personne résistante est de lui laisser la possibilité de dire « non ». La négation peut, dans ce cas, être vécue comme une alternative. (74)

Ce principe peut être aussi utilisé pour introduire de la confusion : *« et surtout **n'ouvrez pas** la bouche ! »* (57) L'esprit inconscient n'entendant pas la négation, il est suggéré indirectement d'ouvrir la bouche.

2.7.12 L'alternative illusoire

Le champ des possibles du patient est intentionnellement réduit. Le praticien lui laisse la liberté de choisir entre deux propositions qui vont exclusivement dans son sens.
Exemple : *« Pour le prochain rendez-vous, souhaitez-vous plutôt venir le mardi après-midi ou le jeudi matin? »*

2.7.13 Le paradoxe

Le paradoxe se caractérise par faire une demande et souhaiter en même temps son contraire ou proposer un choix impossible entre deux propositions. Le but est de créer un sentiment de confusion qui activera de façon puissante la dissociation hypnotique.

Exemples : *« Il n'est pas nécessaire que vous vous détendiez davantage pour l'instant. »* *« Je me demande si vos yeux se fermeront avant ou après que je le dise. »* (74)

2.7.14 Le saupoudrage

Le saupoudrage est une suggestion indirecte pour laquelle une idée est glissée dans un discours et répétée de façon subtile et appuyée de manière à ce que le conscient ne s'en aperçoive pas, mais que l'inconscient en tienne compte. Une courte pause peut être marquée, avant et après le message que l'on souhaite passer, le temps que l'inconscient prenne le temps de bien l'intégrer. (23)

Exemple : *« Maintenant que vous êtes installé **confortablement** dans le fauteuil, vous pouvez laisser une sensation de **confort** et de **bien-être** vous envahir… Il est possible que vous ressentiez une **détente** se mettre en place, maintenant ou dans quelques instants… »*

2.8 Le processus hypnotique

Le déroulement d'une séance d'hypnose formelle va vous être détaillé dans ce qui suit. Elle peut se décomposer en neuf étapes successives que sont : le temps préparatoire, l'induction, la dissociation, l'approfondissement, la vérification de l'état d'hypnose, la séance de travail, les suggestions post hypnotiques, le retour à l'état de conscience ordinaire et le débriefing. (30) (33) Selon le type de transe que l'on souhaite obtenir et les objectifs que l'on souhaite atteindre, cette trame générale peut être modifiée. Toute séance est unique, adaptée aux besoins de chaque patient.

2.8.1 Le temps préparatoire

Lors de cette étape, l'observation du patient permet de bien en cerner la personnalité. Son allure générale, son attitude, sa manière de s'exprimer et son canal sensoriel préférentiel sont analysés. (33) Sa situation familiale et professionnelle, ses centres d'intérêt sont également pris en compte. Le maximum d'informations possible est collecté en posant des questions ouvertes. Les questions ouvertes ont l'intérêt de laisser le patient s'exprimer davantage, contrairement aux questions fermées dont les réponses peuvent se résumer par un simple « oui » ou « non ». Le fait d'être attentif à ces paramètres permet de

grandement faciliter son accordage avec la personne, de créer du lien et un climat de confiance propice à l'hypnose.

Ce temps préparatoire permet également de poser le cadre de la séance : l'objectif est déterminé avec le patient. Le déroulement de la séance est expliqué et décrit avec précision. Ceci peut constituer une véritable feuille de route que le sujet pourra reproduire et le praticien laisse déjà passer quelques suggestions de manière inconsciente. Le patient est éclairé sur ce qui va se passer, les doutes et les appréhensions qu'il peut avoir sont balayés. (76) Ensuite, s'il est d'accord, la séance d'hypnose formelle peut commencer.

La séance préparatoire est une étape clé qui permet de réfléchir à la technique hypnotique qui sera la plus adaptée à notre patient. La séance d'hypnose est loin d'être standardisée, il s'agit d'un processus entièrement personnalisé. **(52)**

2.8.2 L'induction

L'induction correspond à l'entrée dans l'état de transe hypnotique. Le sujet se déconnecte progressivement de son environnement extérieur. Il vit une intériorisation et un changement de sensorialité qui modifie la perception de son corps et de lui-même. L'induction peut être provoquée de différentes manières : la technique du VAKOG, la relaxation, le « lieu de sécurité », l'état de transe antérieur. Cette liste est non-exhaustive.

- La technique du VAKOG

Le praticien aide le patient à se concentrer sur différents canaux sensoriels de manière à diminuer son état de vigilance et à le recentrer petit à petit sur lui-même. Son regard peut se fixer sur un point quelconque de la pièce (induction visuelle) ou bien il peut se concentrer sur le rythme de sa respiration (induction cénesthésique). L'attention peut aussi être portée sur les sons environnants (induction auditive) ou les odeurs qui l'entourent (induction olfactive).

Exemple de focalisation : *« Voudriez-vous choisir un point que vous pourriez **regarder** de manière confortable ? Et alors que vous continuez à **regarder** ce point pour un moment, vos paupières auront peut-être envie de **cligner**… Est-ce que vos paupières commencent à **cligner** ensemble, ou séparément ? Lentement ou rapidement ? Peut-être vont-elles **se fermer** d'un seul coup ou bien commencer par **battre** d'elle-même d'abord… Maintenant que vos yeux sont parfaitement clos, prenez conscience des **bruits** qui vous entourent…*

*Et progressivement ces **bruits**, s'estompent de plus en plus… Vous vous retrouvez dans le calme, et plus le calme s'installe, plus vous vous sentez serein vous aussi… »* (40)

- La relaxation

Une méthode de relaxation progressive, par laquelle différentes parties du corps vont être décontractées les unes après les autres, accompagné d'un rythme respiratoire calme, peuvent induire spontanément un état de transe légère.

Exemple : *« J'aimerai que vous imaginiez, qu'à chaque respiration, une vague de détente part du sommet de votre tête, parcourt tout votre corps, comme si la vague le traversait, et le détend sur son passage, de plus en plus… »* (61)

- Le lieu de sécurité

Une induction par l'évocation d'un « lieu de sécurité » peut être réalisée. Le praticien encourage le patient à se représenter mentalement un lieu où il se sent bien. Il est invité à se remémorer des souvenirs qui lui sont agréables. **(52)** Cette technique est très utile pour les personnes anxieuses qui souhaitent combattre leur stress.

Exemple : *« Je vous propose de trouver maintenant votre lieu de sécurité… ça peut être un lieu physique, comme un endroit que vous connaissez bien et où vous vous sentez bien… Un endroit que vous aimez à retrouver, ou un endroit imaginaire comme un îlot magique… ça peut être même un concept… comme un cocon… ou juste une sensation de douceur… simplement un endroit où rien ne peut vous arriver, rien, rien, rien… un lieu de parfaite sécurité… »*

- L'état de transe antérieur

L'induction par le souvenir d'un état de transe antérieur peut aussi être utilisé. Il est suggéré au patient de se remémorer et de revivre un état de transe qu'il a déjà connu. Par exemple, l'absorption totale dans un bon livre ou un film. (77)

Ainsi, il existe de nombreuses techniques d'induction à adapter à la personnalité et à la réceptivité de chacun. Comme le dit Cayrol « rien ne marche parfaitement avec tout le monde à tous les coups » (68) C'est donc à nous de faire preuve de créativité.

2.8.3 La dissociation

La dissociation est un état où le corps est ici, mais l'esprit est ailleurs. Il existe une perception différente de ce qu'est la réalité. L'esprit conscient est comme spectateur de ce qui est en train de se passer. Ce phénomène est très utile pour créer des clivages dans l'expérience subjective du patient :

- un clivage conscient/inconscient permettant à la partie « immergée » de faire surface et de procéder à des reprogrammations ;
- un clivage entre les événements et les affects qui y sont rattachés. Le patient peut revisualiser le fil d'un événement sans se sentir touché physiquement ou moralement. L'image est dissociée du vécu. (74)

Pour vérifier que cet état de dissociation est bien en place, nous pouvons faire attention à plusieurs paramètres :

- la suggestibilité : la suggestibilité se traduit par un phénomène d'idéodynamisme, c'est-à-dire la faculté de la personne à accepter une idée et à la réaliser de façon quasi automatique ;
- l'hallucination : au cours de la dissociation, si l'on suggère à une personne qu'elle se trouve dans un endroit qui lui est agréable, comme par exemple la plage, celle-ci pourra ressentir le vent qui balaye ses cheveux, l'odeur de la mer, le sable chaud sous ses pieds… ;
- la catalepsie : se traduit par une tonicité musculaire très importante dans une partie du corps qui rend les mouvements très difficiles. Pour vérifier l'état de transe, l'hypnopraticien peut suggérer l'immobilité totale du bras puis le soulever. Il restera alors en lévitation ;
- les mouvements idéomoteurs : il s'agit de mouvements des doigts ou de la tête qui sont beaucoup plus lents et saccadés, comme involontaires ;
- l'altération des perceptions sensorielles et temporelles : lourdeur et engourdissement du corps, sensation de flottement ou de légèreté, impression de chaleur ou de fraîcheur. La personne perd la notion du temps qui s'écoule. La présence de ces signes confirment qu'un état de dissociation est en place. (78)

2.8.4 L'approfondissement

Selon l'objectif recherché, il peut être nécessaire d'approfondir l'état de transe afin de mobiliser de manière plus spécifique les ressources de l'inconscient.

Il est courant d'utiliser une image de progression dans l'espace, telle que la descente d'un escalier marche après marche pour accentuer la notion de profondeur. (23)

Le praticien peut également demander à la personne de compter en suggérant un état de détente de plus en plus intense.

2.8.5 Vérification de l'état d'hypnose

Certains indicateurs corporels nous confirment l'état d'hypnose.
Un état de relaxation accompagné d'une diminution du tonus musculaire et une immobilité corporelle peuvent s'observer. La respiration est lente et profonde, la déglutition est ralentie, les traits du visage sont détendus. La teint de la peau peut changer de couleur et la personne baille régulièrement. Si les yeux sont ouverts, une dilatation des pupilles et une fixité du regard sont souvent constatés. S'ils sont fermés, on peut remarquer un frétillement des paupières. Quelque fois encore, des larmes peuvent couler. (79)

2.8.6 Séance de travail

L'état d'hypnose étant installé, le praticien peut travailler en toute sérénité en maintenant le patient dans un état calme et détendu jusqu'à la fin de la séance.

2.8.7 Suggestions post hypnotiques

Les suggestions post hypnotiques sont énoncées avant le retour vers un état de conscience ordinaire. Elles soulignent les effets bénéfiques de la séance et exercent un impact direct au niveau de l'inconscient si elles sont accompagnées d'ancrages verbaux et non verbaux. Par exemple, il peut être suggéré au patient qu'à chaque rendez-vous, dès que le praticien exercera une petite pression sur son épaule (ancrage physique), il retrouvera très rapidement l'état d'hypnose et les sensations de confort qui l'accompagnent. Cet ancrage peut aussi être auditif comme un son de cloche, ou visuel comme un clignotant lumineux. (76)

2.8.8 Retour à l'état de conscience ordinaire

Le praticien guide le patient pour sortir de l'état hypnotique, de façon progressive afin d'éviter des sensations de flottement, de nausées ou de désorientation suite à un réveil trop brutal. Si par exemple l'approfondissement de la transe s'était réalisé en comptant, il peut réutiliser un compte à rebours pour la sortie de la transe. (79)

« Peu à peu, vous sortirez de votre état de transe, je vais compter de 5 à 1. Quand vous serez réveillé, vous vous sentirez bien, reposé, sans aucune sensation désagréable. Vous vous sentirez comme lorsque vous avez fait un somme. » (76)

Le praticien demandera ensuite à son patient d'effectuer une grande inspiration, puis d'ouvrir les yeux. Il l'invite à retrouver « l'ici et maintenant » avec une voix qui se montrera plus tonique et dynamique que pendant la séance de travail. Le patient reprend doucement possession de son corps, de son esprit et de ses repères spatio temporels.

2.8.9 Débriefing

Le praticien cherche à connaître les impressions du patient vis-à-vis de la séance d'hypnose. Ils déterminent ensemble ce qui a été positif et les éléments qui peuvent encore être améliorés pour les prochains rendez-vous. (76)

3. Utilisation de l'hypnose dans le contexte professionnel

Plusieurs facteurs sont à prendre en compte pour mettre le patient à l'aise et créer une alliance thérapeutique. Cela passe tout d'abord par une décoration « démédicalisée » du cabinet dentaire qui participera au bien-être du patient. Ensuite, la prise en charge par une équipe soudée, qui communique au patient son calme et son positivisme, est très importante. Du premier contact avec le cabinet dentaire jusqu'à la séance de soin, nous verrons comment utiliser les différents outils hypnotiques.
Nous nous intéresserons également à la prise en charge de situations particulières telles que la douleur, l'anxiété, le soin chez l'enfant, la chirurgie, le réflexe nauséeux et le bruxisme.

3.1. L'environnement de travail

La consultation au cabinet dentaire reste, pour la plupart, une source de stress et d'anxiété. Le patient est focalisé sur sa douleur et redoute la séance de soin, se projetant dans un futur rempli de complications voire d'échecs. Toute cette angoisse ne fait qu'alimenter un état de transe négative qui exacerbe le mal-être.
Comment est-il possible d'inverser la tendance, sachant que cet état d'esprit concerne 80% de notre patientèle ? (35)
Cela passe tout d'abord par l'aménagement du cabinet. En rendant l'endroit chaleureux, il est possible de faire oublier un instant au patient qu'il se trouve dans un espace de soin. Il faut le mettre à l'aise, le pousser à l'évasion, détourner son attention de ce qui le tracasse vers un souvenir agréable. Il retrouvera ainsi un état de transe positive naturelle et sera plus à même de se faire soigner si le cadre est apaisé. Ses canaux sensoriels (visuels, auditifs, kinesthésiques, olfactifs) peuvent être stimulés pour rendre l'ambiance beaucoup plus agréable.
Le praticien et l'ensemble de l'équipe soignante travaillent également main dans la main pour que la prise en charge soit optimale.

3.1.2 L'organisation du cabinet

L'aménagement du cabinet est primordial car il participe au confort et au bien-être du patient. Il nous vient souvent à l'esprit l'image du cabinet dentaire blanc aseptisé, aux lignes épurées, respirant la sobriété et la propreté. Même si l'espace montre un entretien irréprochable, l'ambiance générale peut toutefois paraître froide et austère. Ce type de cadre évoque le milieu hospitalier, générateur d'angoisse, de stress et d'anxiété. Il vaut mieux privilégier un intérieur cosy et chaleureux, pour que le patient se sente presque comme à la maison. Le choix des couleurs est important car il influence l'humeur. Le vert, le bleu et le violet sont réputés pour inspirer le calme et la tranquillité. Le jaune et l'orange apportent plus de vivacité. (visuel) (80) L'ensemble du mobilier se doit d'être confortable, l'éclairage pas trop éblouissant avec une lumière chaude et il faut veiller à une bonne température des pièces.
L'accueil, la salle d'attente et la salle de soin sont les espaces du cabinet dentaire qui méritent toute notre attention, car le patient y passe le plus clair de son temps.

Dès l'entrée au sein du cabinet, l'ouverture de la porte peut s'accompagner d'une sonnerie

mélodieuse, ce qui donne une première impression auditive agréable au patient.
Il se dirige ensuite vers le hall d'accueil où il sera accueilli, avec le sourire (non verbal), par la secrétaire.
Le patient est ensuite invité à rejoindre la salle d'attente. Celle-ci est idéalement spacieuse et aérée pour ne pas donner l'impression aux patients d'être agglutinés les uns aux autres. Les sièges sont confortables (kinesthésique) et une table basse avec une sélection de magazines variés (voyage, actualité, sport) peuvent être feuilletés (focalisation). La mise en place d'un poste de télévision permet de capter l'attention et d'éloigner toute pensée angoissante relative aux soins à venir. La présence d'un fond sonore agréable, qui invite à la détente et à la relaxation peut également être recommandé. En effet, il semblerait que le rythme corporel ait tendance à se synchroniser avec celui de la musique douce dont le rythme est inférieur à 80 battements par minute, ce qui aurait des effets apaisants. De même, certaines musiques peuvent éveiller des émotions positives qui aident à combattre le stress. (81)
La salle d'attente peut également présenter un diffuseur d'huiles essentielles. Certaines essences ont la propriété d'avoir des effets relaxants comme par exemple la bergamote, la lavande et la litsée citronnée. (olfactif) (82)

La salle de soin, quant à elle, doit se montrer propre et sobre. Une tapisserie avec un paysage peut être présente sur l'un des murs de la pièce, ce qui peut attirer le regard et pousser à l'évasion. Un écran de télévision peut être présent au niveau du fauteuil, dans le même but de distraction du patient.
Un espace bureau est souvent présent dans les salles de soin, ou non loin. Il permet de s'y installer confortablement pour discuter des plans de traitement, proposer des devis et répondre aux questions des patients. S'installer côte à côte par rapport au patient souligne une approche collaborative, un travail d'équipe, alors que s'installer en face de son interlocuteur peut favoriser la confrontation, le bureau représentant une barrière physique entre les deux individus. (non verbal) (64)

3.1.3 L'organisation de l'équipe soignante

Dès le départ, il est important que l'équipe soignante partage la même philosophie de travail et présente une véritable cohésion. Tout le monde doit être d'accord quant au fonctionnement général du cabinet et à l'attitude qui est appropriée d'adopter envers les patients. Etre souriant, à l'écoute, avoir une attitude empathique et une communication

positive sont des qualités indispensables à tout personnel soignant pour rassurer le patient. Si le praticien suit une formation en hypnose, l'idéal est qu'il emmène toute son équipe pour que chacun soit formé de la même manière et qu'il y ait une véritable unité.
Le praticien n'est pas le seul acteur dans la prise en charge du patient. Le choix de l'assistante dentaire est crucial car elle est l'interlocutrice privilégiée par le patient. C'est avec elle que le patient a le premier contact au téléphone, pour la prise de rendez-vous. Et si le patient n'ose pas dire certaines choses au dentiste, celui-ci se confie très souvent à l'assistante. C'est avec elle qu'il partage ses questions, ses doutes et ses appréhensions. C'est pourquoi il est fondamental que l'assistante dentaire soit le « prolongement » du praticien lui-même, qu'ils forment un binôme soudé. (83) (84)

3.2 Utilisation clinique de l'hypnose

L'hypnose est un outil de communication qui présente un grand intérêt lors de la prise de rendez-vous, de la consultation et de la séance de traitement.

3.2.1 La prise de rendez-vous

La prise de rendez-vous se déroule très souvent au téléphone. Pour un premier contact réussi, il est nécessaire de prêter attention à quelques éléments.
Lorsque l'assistante ou la secrétaire parle au téléphone, sa voix est claire, compréhensible et son sourire se laisse entrevoir au bout du fil.
Elle pose les bonnes questions pour cibler s'il s'agit d'une urgence et laisse le patient s'exprimer sans lui couper la parole. En reformulant ses propos, elle montre au patient qu'elle est attentive et à l'écoute. Il est important de dégager une certaine autorité positive de sorte à ce que le patient se sente réellement écouté et pris en charge. Il doit ressentir que le maximum est fait pour qu'il soit satisfait de part une attitude bienveillante et rassurante.
Si l'assistante est très occupée, il vaut mieux mettre le téléphone sur répondeur plutôt que de décrocher pour se montrer pressée et expéditive. (13)

3.2.2 La consultation

La première consultation est très importante car elle va poser les fondements de la relation patient-praticien.

Le guide Calgary-Cambridge décompose cette consultation médicale en plusieurs parties. On distingue : le début de l'entrevue, le recueil des informations, l'examen clinique, l'explication et la planification du plan de traitement, la fin de l'entrevue. (64) Pour chaque étape, des outils hypnotiques sont utilisés pour que la communication elle-même participe à la thérapeutique. En récoltant un maximum d'informations concernant l'objet de la visite du patient et ses attentes, la prise en charge peut être totalement personnalisée. De l'hypnose conversationnelle combinée à une approche centrée sur le patient permettent ainsi la construction d'une alliance thérapeutique solide.

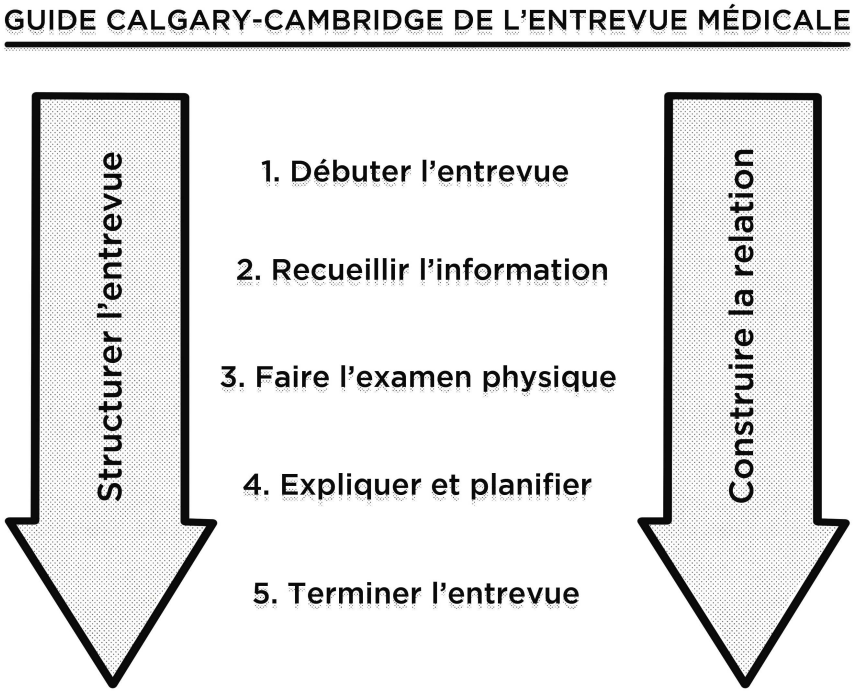

Figure 5 : Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale.
Traduit et adapté de Kurtz S., Silverman J, Benson J, Draper J, Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching : Enhancing the Calgary-Cambridge Guides, Academic Medicine, 78 (8) : 802-809, 2003.

3.2.2.1 Le début de l'entrevue

Quelques secondes suffisent pour que le patient se fasse une première impression du praticien et qu'un climat de sympathie ou d'antipathie s'installe. (7) C'est pourquoi le début de l'entrevue est une étape très importante.

Avant d'accueillir le patient, le praticien vérifie que son apparence est soignée (visuel) car sa négligence donne une impression de « manque d'organisation et d'insensibilité ». (non verbal) (6) Il doit également faire le vide dans son esprit et mettre de côté tout ce qui le préoccupe. Le praticien se consacre à 100% à son patient, il se rend disponible et attentif.

Lorsque le praticien rencontre le patient, il s'établit un triple contact auditif, visuel et kinesthésique qui traduit un instant hautement hypnotique. Le praticien appelle le patient par son nom (auditif), capte son regard (visuel), le salue avec un sourire franc et une poignée de main assurée (kinesthésique). Ce bref instant transmet déjà inconsciemment beaucoup d'informations via la qualité du regard, l'intonation de la voix et le degré de fermeté de la poignée de main. Par exemple, un interlocuteur dont le regard est éteint, dont la petite voix est tremblotante et la poignée de main molle et moite signe déjà un état de stress. (7)

Le patient est ensuite invité à s'installer confortablement. Pour connaître l'objet de sa visite, la question fréquemment posée est « *qu'est-ce qui vous amène aujourd'hui?* ». Le patient, à cet instant, est tourné vers le passé. Il est amené à réfléchir à son problème et à dresser l'historique de ses symptômes.
Si la question énoncée est « *en quoi puis-je vous aider ?* », cette formulation est tournée vers l'avenir, car elle laisse entrevoir une perspective de changement et d'évolution. De plus, il est sous-entendu que le praticien est une aide mais que le patient a aussi son rôle à jouer. Cette autre formulation de la question pose les bases d'un travail collaboratif. (57)

3.2.2.2 Recueillir l'information

Lorsque le patient s'exprime sur ce qui l'amène à consulter, le praticien pratique l'écoute active et l'encourage à parler.
Il prend le temps d'observer son interlocuteur et de reproduire progressivement sa gestuelle (mirroring) pour débuter la synchronisation tout en soutenant son regard pour témoigner de son intérêt envers son discours.
Lorsque ce dernier a terminé de dévoiler librement les raisons de sa venue, le praticien reformule ce qui a été énoncé par le patient, pour s'assurer qu'il a bien retenu ce qui a été raconté et prouver qu'il a été attentif. Le praticien s'exprime en reprenant le même champ lexical et la même musicalité vocale que le patient : une voix forte et tonique pour une

interaction dynamique ou alors une voix calme et lente pour favoriser l'apaisement. (para verbal)
Des questions ouvertes posées au patient ouvrent le dialogue pour recueillir le maximum d'informations, d'autres plus ciblées permettent de préciser le diagnostic. L'entretien ne doit pas tourner à l'interrogatoire.
Une fois que le praticien détient tous les éléments nécessaires, il propose au patient de l'examiner et de regarder ce qu'il est possible de faire pour l'amener vers plus de confort. Cette communication positive est bénéfique pour le patient et installe d'ores et déjà un climat de réussite.

3.2.2.3 Faire l'examen clinique

Avant de procéder à l'examen clinique, le praticien s'assure que son patient est confortablement installé dans le fauteuil.
Il propose ensuite à ce dernier de lever sa main s'il ressent la nécessité de faire une pause. En effet, être allongé, immobile, la bouche ouverte, met le patient dans une position de vulnérabilité. Pour qu'il ne se sente pas pris au piège et pour le rassurer, on lui donne la possibilité de s'arrêter à tout moment.
Ensuite, le praticien demande toujours au patient sa permission avant de commencer l'examen buccal. La bouche étant un lieu extrêmement intime, cela évite que cette expérience ne soit vécue comme une infraction de l'espace personnel.
Même s'il paraît évident que le patient va accepter s'il souhaite être soigné, cela constitue une preuve de respect.
Le praticien fera ensuite son examen en faisant preuve de tact et de délicatesse. (kinesthésique)

3.2.2.4 Expliquer planifier

Suite à l'examen clinique, le praticien expose les différentes possibilités de traitement. Ses explications sont claires et compréhensibles, adaptées au registre lexical et aux capacités intellectuelles du patient. Inutile de noyer celui-ci sous un tas d'informations, il faut aller vers l'essentiel et utiliser des supports visuels autant que possible pour que ce soit plus parlant.
Le praticien encourage le patient à exprimer ses envies mais aussi ses appréhensions. Son point de vue, ses valeurs et ses idées sont pris en compte, sans jugement. Le

traitement est ensuite adapté à ce qui lui convient tant d'un point de vue fonctionnel, esthétique que financier.
Le praticien cherche le consentement libre et éclairé du patient et l'implique dans la prise de décision. Il s'agit d'un travail collaboratif dont le résultat ne peut être au rendez-vous que si chacun des protagonistes s'investi pleinement. (64)

3.2.2.5 Terminer l'entrevue

Le praticien vérifie une dernière fois que le patient ait bien compris les différentes étapes du plan de traitement et l'invite ensuite à fixer le prochain rendez-vous. Il le salue en gardant une attitude bienveillante et rassurante qui laisse le patient sur une note positive et le met dans de bonnes dispositions psychologiques pour la suite. (suggestions post-hypnotiques)

3.2.3 La séance de traitement

Il existe deux types de séances : la prise en charge classique et la situation d'urgence dentaire. Pour chaque cas de figure, l'essentiel est de créer un contexte favorable à l'acceptation des soins.

3.2.3.1 La séance de traitement classique

Cette séance succède à la première consultation dentaire au cours de laquelle un examen clinique et le plan de traitement ont été réalisés.
En règle générale, il est préférable d'y aller par étapes en commençant par les soins les plus minimes et terminer par les actes les plus conséquents.
De ce fait, il peut être réalisé successivement : - les soins prophylactiques visant l'assainissement général de l'état bucco-dentaire (détartrage et polissage des dents) ;

- les soins conservateurs qui permettent le traitement des caries. Le dentiste commencera par soigner les plus petites ne nécessitant pas d'anesthésie et terminera par les plus importantes (caries proches de la pulpe, traitement endodontique) ;
- les avulsions dentaires ;
- la réhabilitation prothétique ;

Le fait de procéder par étapes permet de consolider la confiance que le patient accorde à son praticien. Le patient ne possède pas les compétences techniques nécessaires pour

juger le travail réalisé, par contre il est à même de ressentir si la main du praticien est légère, s'il travaille avec douceur et bienveillance. (8) Une première séance réussie consolide la satisfaction du patient et l'alliance thérapeutique.

3.2.3.2 Le traitement de l'urgence

Il arrive bien souvent que première consultation et situation d'urgence ne fassent qu'un.
Le patient est en situation de détresse et souhaite à tout prix être soulagé. Il peut s'agir dans bien des cas d'une pulpite aiguë, des complications suite à une infection dentaire, ou d'un traumatisme.
Dans ce contexte particulier, le praticien doit montrer de la compassion et reconnaître les difficultés rencontrées par son patient. Il est primordial de le rassurer et de dédramatiser la situation : tout est sous contrôle, il est venu frapper à la bonne porte.
Le dentiste garde une voix calme et posée, son geste est assuré. La personne se trouvant dans une situation inconfortable est émotionnellement déstabilisée, elle a besoin de se sentir encadrée et épaulée. Si le praticien est lui-même stressé et qu'il ne sait pas comment gérer la situation, cela est perçu par le patient et accroît son anxiété. Le praticien doit donc toujours montrer une parfaite maîtrise de ses émotions et accompagner son patient vers le calme et la relaxation. (pacing et leading) Il amène la personne à se focaliser sur autre chose que sa douleur et son stress, à reprendre possession de ses moyens pour que tout se passe au mieux.

3.3 Cas particuliers

Les quelques cas particuliers que nous allons aborder sont la douleur, l'anxiété, la prise en charge des enfants, la chirurgie, les réflexes nauséeux et le bruxisme. Pour chacune de ces situations, nous verrons en quoi l'hypnose peut nous être utile.

3.3.1 Gestion de la douleur

3.3.1.1 Définition

Selon l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP), la douleur peut se définir par une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans ces termes. » (85)

Il s'agit d'une expérience hautement personnelle qui implique aussi bien le corps que le psyché. Une douleur imaginée est tout aussi active cérébralement qu'une douleur « réelle ». (86)

Chacun vit sa douleur au travers du filtre de ses émotions, de son vécu et de ses expériences passées.

Il en existe différents types : la douleur aiguë, chronique et procédurale.

La douleur aigüe est liée à une atteinte tissulaire brutale suite à un traumatisme ou une inflammation. Elle est souvent associée à des manifestations neurovégétatives telles que la tachychardie, des sueurs et une élévation de la pression artérielle. La douleur aigüe est anxiogène, elle alerte l'organisme qu'un dysfonctionnement menace son intégrité physique.

La douleur chronique se caractérise quant à elle par une persistance inhabituelle des symptômes au-delà de trois mois, entrainant une détérioration des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient au quotidien. Elle devient une maladie en tant que telle.

Enfin, la douleur procédurale est celle induite par un soin. Elle est très souvent de courte durée et prévisible. Des mesures adaptées peuvent aider à les atténuer. (87)

Dans le cadre de la chirurgie dentaire, nous sommes surtout confrontés à la douleur aiguë et procédurale qui engendrent un niveau de stress élevé. Ce stress potentialise le ressenti douloureux et le patient se trouve dans une détresse émotionnelle qui l'entraine dans un cercle vicieux dont il est difficile de se défaire. La douleur d'anticipation est parfois plus importante encore que celle induite par le soin lui-même. Il est donc nécessaire de comprendre les représentations que le patient se fait de sa douleur, pour mieux la prendre en charge. (63)

3.3.1.2 Prise en charge de la douleur aiguë par l'hypnose

Malgré les progrès techniques et l'utilisation des produits anesthésiques, la douleur continue de faire partie du quotidien des chirurgiens-dentistes. Tout praticien s'est certainement déjà trouvé confronté à l'échec d'une anesthésie sur une pulpite de molaire mandibulaire, ou bien confronté à des difficultés opératoires lors de l'avulsion d'une dent fortement infectée. Dans ces situations qui semblent parfois sans issues, l'hypnose peut être un outil complémentaire.

En 1977, Mayer et Barber ont réalisé une stimulation électrique de la pulpe dentaire chez 14 individus. Ils ont prouvé que l'ensemble des sujets ont été réceptifs aux suggestions

d'analgésie dentaire et que l'hypnose s'avère être un outil efficace en odontologie. (88) (74)

D'autres études ont mis en évidence que l'hypnose influence aussi bien la composante affective et émotionnelle de la douleur que sa composante sensorielle.

Ernest Hilgard a démontré que les suggestions visant à réduire le côté désagréable de la douleur entrainent une réduction de l'activité des régions insulaire et cingulaire responsables de son aspect émotionnel, sans modification notable de l'activité du cortex somesthésique responsable de son intensité et de sa localisation. L'hypnose modifie ainsi la perception émotionnelle de l'individu et élève son seuil de tolérance à la douleur sans modification des réactions physiologiques. (89)

Il a été aussi démontré que l'amplitude de réduction de la douleur est plus importante pour la composante affective (87%) que pour la composante sensorielle (44%).

Plusieurs techniques hypnotiques peuvent être utilisées par le chirurgien-dentiste pour apaiser la douleur. Le praticien peut créer une sensation d'analgésie, il peut également modifier les sensations ressenties par le patient, les déplacer ou complètement l'en dissocier.

- La sensation d'analgésie

La technique du « gant anesthésique » est souvent utilisée pour créer la sensation d'analgésie. Le praticien suggère à son patient de choisir une de ses mains et d'imaginer qu'il enfile un gant de protection. Ce gant lui permet de retrouver des sensations qui lui sont agréables. Pour certaines personnes il s'agira d'une sensation de froid, pour d'autres ce sera le chaud ou une sensation cotonneuse. Le praticien invite le patient à retrouver cette sensation qui lui est confortable puis de la transférer au niveau de la zone douloureuse. (35)

« Laquelle de vos mains souhaite expérimenter cette sensation ? Vous mettez d'abord un gant qui vous appartient… Maintenant recouvrez votre main d'une couche épaisse de coton… Puis vous entourez la main d'une bande de résine synthétique de la couleur qui vous convient… Votre main est entièrement protégée des éléments extérieurs et est insensible… Cette insensibilité peut maintenant être transférée là où vous en ressentez le besoin… »

- La réification ou chosification de la douleur

Des suggestions tournées vers la réinterprétation de la sensation douloureuse peuvent être utilisées afin qu'elle devienne moins déplaisante ou moins intense. Le praticien peut demander au patient une représentation imagée de sa douleur. Si par exemple il la compare à une grosse mygale, noire et menaçante, le praticien peut lui faire imaginer que cette mygale devient de plus en plus petite afin de se transformer en une araignée aussi minuscule qu'un grain de poussière, totalement inoffensive. Le praticien part de l'interprétation du patient et trouve un moyen de transformer sa perception, de dédramatiser et de modifier le ressenti douloureux. (90)

- Le déplacement de la douleur

Une technique de déplacement de la douleur peut aussi être utilisée. Il est suggéré au patient que la douleur dentaire se déplace dans une autre partie de son corps, qui lui est moins essentielle et qui rend la sensation plus supportable. On peut très bien imaginer la transférer dans le gros orteil, rendant ainsi la situation cocasse, drôle, permettant de considérer la douleur avec plus de détachement. La personne ne renonce pas à cette douleur, elle la déplace simplement quelques instants. (40)

- La dissociation de la douleur

Enfin, le praticien peut utiliser des suggestions pour dissocier le patient de sa douleur. Il peut suggérer que la douleur est ici et que le patient est autre part. Qu'il s'en aille dans un endroit qui lui est confortable où il peut rester autant de temps qu'il le souhaite. Du moment qu'il est ailleurs, rien ne peut venir renforcer la douleur et quand il sera de retour il ne restera que très peu de douleur, voire rien du tout. (40)

L'important dans la prise en charge des douleurs aigües est de reconnaître et respecter la douleur de son patient. Celui-ci est tellement en souffrance qu'il ne vit qu'au travers de sa douleur. Le but du praticien n'est pas de lui demander de retrouver immédiatement un sentiment d'apaisement, car c'est une démarche impossible à réaliser.
Le praticien part du ressenti du patient, s'approprie sa réalité et perception des choses puis introduit progressivement des souvenirs de confort. La douleur commencera à diminuer tout simplement parce la quantité d'attention dirigée vers cette dernière est

diminuée. Il sera ensuite suggéré au patient d'accorder de moins en moins d'attention à sa douleur et de plus en plus d'attention aux souvenirs agréables, de manière à la rendre beaucoup plus supportable. (91)

3.3.1.3 Prise en charge de la douleur procédurale par l'hypnose

Dans le cadre de la chirurgie dentaire, l'anesthésie est un acte angoissant qui peut provoquer des douleurs chez certains patients.
De même, les suites post opératoires d'une avulsion dentaire peuvent être désagréables.
Ce sont des sensations qui peuvent être palliées au travers d'une prise en charge appropriée.

- L'anesthésie

Dans sa pratique quotidienne, le chirurgien-dentiste est amené à réaliser des anesthésies censées augmenter le confort du patient. Mais pour la plupart d'entre eux, il s'agit d'un acte angoissant dont la simple anticipation créé une sensation douloureuse.
Pour que celles-ci se déroulent dans les meilleures conditions possibles, Claude Parodi et Kenton Kaiser proposent quelques conseils pratique à suivre. (92)
Au niveau du site d'injection, il est préférable d'appliquer un gel d'anesthésique local pour augmenter le confort du patient. La carpule, pendant ce temps, est chauffée au bain-marie à 37°C de façon à éviter tout choc thermique au moment de l'injection. Le chirurgien-dentiste évite soigneusement que le patient voit la seringue, et la muqueuse est bien tendue pour éviter une douleur lors de l'introduction de l'aiguille. Le patient est prévenu du pincement et l'injection se fait lentement. Un pincement de la lèvre lors de l'introduction de l'aiguille est réalisé pour détourner l'attention du patient de la gêne causée par l'aiguille et créé un effet de surprise.
Il est expliqué au patient que tout est entrepris pour augmenter son confort, en le regardant dans les yeux. Le fait de regarder le patient dans les yeux, souligne que réaliser une anesthésie est un acte anodin qui ne demande que peu d'attention. Cela est inconsciemment rassurant.
Ensuite pour continuer de détourner son attention, le patient peut être amené à gonfler son ventre au maximum lors de son inspiration, ou bien bouger doucement un de ses pieds de droite à gauche.

- L’avulsion d’une dent

Pour diminuer les douleurs post opératoires et favoriser la cicatrisation suite à l’avulsion d’une dent, des suggestions post-hypnotiques peuvent être adressées au patient.
Si l’intervention s’est déroulée en hypnose formelle, le praticien l’invite à garder en mémoire ce qu’il a trouvé d’intéressant au cours de la séance et va suggérer qu’à chaque fois que le patient en ressent le besoin, il peut se servir de cette expérience à nouveau pour retrouver du confort et de la sérénité.
Dans le cas d’une intervention en hypnose conversationnelle, le praticien insiste sur les côtés positifs, sur le fait que tout s’est parfaitement déroulé. Il véhicule une image rassurante et montre qu’il reste disponible s’il y a la moindre question, le moindre doute par rapport à la cicatrisation.

3.3.2 L’anxiété

3.3.2.1 Définition

L’anxiété est une « peur sans objet ou préoccupation difficile à contrôler, soucis persistants et excessifs ; ils peuvent s’accompagner d’agitation, de surexcitation, de troubles de la concentration, de tension musculaire, de perte de sommeil. » (93)
Les personnes souffrant de troubles anxieux sont envahies par un sentiment d’inconfort ou de peur suite à l’anticipation de difficultés réelles ou supposées.

L’anxiété peut se manifester via différents symptômes physiques. Parmi les plus fréquents, on distingue : - les palpitations cardiaques ;
- la transpiration excessive ;
- les bouffées de chaleur ;
- les douleurs au niveau de la poitrine ;
- la sensation d’étouffement ;
- les étourdissements et vertiges ;
- les nausées ;
- les engourdissements ou picotements. (94)

3.3.2.2 L'anxiété au cabinet dentaire

Le cabinet dentaire est un environnement anxiogène pour la plupart des patients. Plus d'un français sur deux craint d'aller consulter son praticien. Pour plus de 70% d'entre eux, cette appréhension remonte à l'enfance suite à une expérience traumatisante. Ils ne viennent alors consulter que lorsque le problème devient grave et qu'ils n'ont plus d'autres choix, ce qui n'aide pas à dédramatiser la relation aux soins dentaires.
Ce qui est perçu comme angoissant est la crainte de la douleur dans 67% des cas. L'anxiété et la douleur sont deux notions intriquées, car la douleur génère de l'anxiété et inversement, l'anxiété alimente la sensation douloureuse.
Viennent ensuite la peur de l'anesthésie et du bruit strident des instruments dans 29% des cas. (95)
L'odeur des produits eugénolés, la fameuse « odeur du cabinet dentaire » peut également être une source d'anxiété. De même, la vue du plateau technique avec les instruments à l'aspect piquant n'est pas rassurante. (96)
Une étude dont la thématique était le renoncement aux soins médicaux et dentaires en France révèle qu'après l'aspect financier, la peur constitue le second motif de renoncement aux soins. (97)
En dépit des progrès techniques, il semblerait que la mémoire collective reste attachée à l'image du chirurgien-dentiste charlatan et arracheur de dents. (98) Se rendre chez son praticien la boule au ventre ne devrait pourtant plus être une réalité. L'hypnose est un outil précieux qui fait ses preuves pour apaiser le patient, atténuer la douleur et renouer une relation de confiance avec son chirurgien-dentiste.

3.3.2.3 Prise en charge de l'anxiété par l'hypnose

Plusieurs études ont démontré que l'hypnose permet de diminuer le degré d'anxiété et la pression artérielle chez des patients avant une opération. Elle améliore également leur récupération post-opératoire en réduisant les effets secondaires désagréables telles que les nausées et en écourtant leur séjour à l'hôpital. (99)

En 2006, une étude a montré que des suggestions de bien-être réalisées en hypnose avant une opération permettrait de réduire le niveau d'anxiété de 56% à l'arrivée dans la salle d'opération alors que ceux qui reçoivent les recommandations standard ont une anxiété qui augmente de 47%. (100)

Plusieurs techniques hypnotiques peuvent être employées et adaptées en fonction du degré d'anxiété de la personne. La prise en charge diffère entre les patients modérément anxieux et les patients phobiques.
Dans le cadre des patients modérément anxieux, une hypnose conversationnelle classique peut être suffisante pour ramener le calme et la sérénité.
En ce qui concerne les patients phobiques, une hypnose formelle est souhaitable pour résoudre certains blocages. Si la méthode n'est pas suffisante, elle peut très bien être combinée à une sédation consciente sous MEOPA.

3.3.2.4 Les patients phobiques

La phobie se caractérise par l'apparition systématique et immédiate d'une peur intense et incontrôlable face à une situation, un objet ou un élément bien précis. (101)
Cette peur mobilise toute l'attention du patient qui ne parvient plus à prendre du recul face à ses appréhensions. Il est concentré sur son mal-être, ses palpitations cardiaques, sa respiration saccadée et son hypervigilence au moindre symptôme interprété comme les prémisses d'une crise d'angoisse ont de forte chance de l'y mener. (63) Le rôle du praticien est de guider le patient hors de cette transe négative, vers un état de mieux-être et de lui prouver qu'il possède en lui-même les ressources nécessaires pour surmonter ses craintes.
Pour se faire, le praticien dédie une première séance pour initier le patient à l'état d'hypnose. Il ne débutera les soins que lors d'un prochain rendez-vous.
Lors de cette première session, le praticien va aider le patient à retrouver plus de bien-être via différentes techniques comme par exemple, la relaxation, la recherche du « lieu de sécurité », une technique d'intégration ou de dissociation.

- La relaxation

Le praticien peut mettre en place de la relaxation progressive en fixant l'attention du patient sur son corps et sa respiration. (40)

« Je vous propose de faire attention à votre respiration… comment le ventre gonfle et dégonfle à chaque inspiration… et en même temps, est ce que vous pouvez faire attention à vous installer vraiment ***confortablement*** *dans le fauteuil… est ce que vous pouvez prendre conscience des appuis de votre corps sur le fauteuil, à la position des mains sur*

*les cuisses et à vraiment faire attention aux mouvements du corps à chaque inspiration, à chaque expiration… je me demande si la **détente** va s'installer en premier dans le pied gauche ou le pied droit, ou peut-être dans les deux pieds en même temps… et vous pouvez faire attention ensuite à observer comment la **détente** gagne les chevilles, en remontant progressivement dans les jambes… jusqu'au visage. A chaque inspiration, de plus en plus **détendu**… »*

L'idée est que le patient reprenne possession de son corps et qu'il oublie tout le reste. L'état de stress se manifeste physiologiquement par de la crispation et une respiration rapide et saccadée, le praticien aide le patient à inverser le processus pour retrouver par lui-même un sentiment d'apaisement.

Lorsque la crise d'angoisse atteint son paroxysme, le patient est tellement décontenancé que même si le praticien lui suggère se de détendre, il est incapable de le faire. Gaston Brosseau propose tout simplement à la personne de ne rien faire du tout, de ne pas chercher à se détendre ou à se relaxer… et d'observer ce qui se passe. Retirer l'objectif de la détente entraine un laisser-aller plus complet car il n'y a alors plus d'enjeu. (63)

Herman de Vries propose également d'apprendre au patient une technique d'urgence : l'apnée. En bloquant la respiration, le patient va obliger le cœur à ralentir. L'oxygène n'étant plus pompé en excès, la sensation d'hyperventilation va diminuer.
Ensuite, il invite le patient à se répéter plusieurs fois une phrase clef du type *« je suis déjà passé par là et je m'en suis toujours remis »*
Le résultat final se solde naturellement par un relâchement de la tension corporelle. (63)

- Le lieu de sécurité

Le praticien peut inviter le patient à rejoindre un endroit de sécurité. Il peut l'aider à s'imaginer qu'il se trouve au tout dernier étage d'un immeuble. Pour en sortir, il peut décider de prendre l'ascenseur ou les escaliers : il choisit ce qu'il préfère. A chaque fois qu'il descend d'un étage il ressentira progressivement une sensation de détente et de relaxation s'installer. Au rez-de-chaussé, dès lors qu'il pousse la porte d'entrée, il se retrouve dans un endroit merveilleux, un endroit qu'il affectionne, où il se sent bien.
On le laisse tranquillement s'imprégner de cet endroit, et le praticien lui suggère qu'à chaque fois qu'il en ressent le besoin il saura retrouver ce lieu de sécurité. (40)

- La technique d'intégration

Comme l'énonce Milton Erickson, « trop de thérapeutes essayent de rassurer leurs patients ; ils essaient de déposséder leurs patients de la réalité de leurs symptômes plutôt que d'accepter et de travailler avec cette réalité » (91)
Ce n'est que lorsque le patient se rend compte que le praticien comprend ses symptômes et que son état est considéré tel qu'il est, qu'il peut alors orienter différemment sa vision de la réalité.
La technique d'intégration propose au patient de revivre l'événement anxiogène dans un cadre sécurisant. Elle permet de retrouver des éléments oubliés ou réprimés en relation avec le trouble anxieux et d'aborder la situation phobogène différemment, en modifiant son impact affectif. Ce nouveau vécu plus serein va lui permettre d'affronter la situation dans la réalité sans être débordé par ses émotions. (102)

- La technique de dissociation

Cette technique permet au patient de revivre un événement anxiogène de manière à mieux l'anticiper, à mieux l'accepter.
Le principe est de lui faire imaginer qu'il visualise la situation déplaisante sur un écran de télévision. Dans sa main, il détient une télécommande qui lui permet de faire pause à tout moment. Le praticien est présent pour aider le patient à surmonter son sentiment d'impuissance face à la situation angoissante. (102)

Toutes ces méthodes peuvent être combinées à quelques leçons d'autohypnose afin que le patient puisse s'entraîner chez lui à retrouver des sensations de confort et de bien-être. Si toutefois cette prise en charge ne semble pas suffisante, elle peut être combinée à une sédation consciente par inhalation de MEOPA.

- Le MEOPA

Le MEOPA est une technique de sédation consciente dont le principe est l'inhalation d'un mélange gazeux équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote. Efficace en 3 à 5 minutes, il a l'avantage d'être facilement administré et ses effets sont rapidement réversibles suite à l'arrêt de l'inhalation.

Le MEOPA détient des propriétés à la fois anxiolytiques, analgésiques, amnésiantes et hypnogène. En modifiant l'activité cérébrale au niveau du système limbique, ce gaz joue un rôle dans le contrôle de nos comportements et émotions et nous pousse pharmacologiquement dans un état de conscience modifié que l'on peut amplifier avec l'hypnose.

Pendant toute la durée de l'intervention, le patient reste conscient de tout ce qui se passe autour de lui, il s'agit simplement d'un outil supplémentaire pour favoriser la détente et diminuer le ressenti douloureux pour faciliter la prise en charge thérapeutique.

C'est un complément idéal de la prise en charge hypnotique mais qui nécessite également une formation spécifique. (95)

3.3.3 La prise en charge de l'enfant

3.3.3.1 Spécificité de la prise en charge des enfants

Plusieurs études montrent que les enfants ont une réceptivité plus importante à l'hypnose que les adultes. Ceci s'explique par leur grande capacité à faire travailler leur imaginaire qui les rend plus sensibles aux suggestions.

Avant l'âge de trois ans, le pouvoir de l'hypnose est assez limité. La réceptivité est beaucoup plus grande entre 7 et 14 ans puis diminue avec l'adolescence.

La prise en charge est donc à adapter en fonction de l'âge de l'enfant, mais aussi sa personnalité.

Chez le tout petit, l'enfant n'est pas encore apte à comprendre ce qui lui arrive, ni même d'être attentif à nos paroles. Le praticien peut utiliser toutes les techniques qui distrairont l'enfant de l'endroit qui sera soigné (doudou, bulles de savons…)

Pour les enfants d'âge préscolaires, la réalité et leur « monde fantastique » sont très intriqués. C'est un âge où, par exemple, les amis imaginaires peuvent encore exister. Le soignant doit donc s'adapter à l'enfant, se faire une place dans son monde et trouver des astuces pour capter son attention.

Pour les enfants en âge scolaire et les adolescents, il est plus facile à cet âge de leur demander de fermer les yeux, de les pousser à se recentrer sur eux-mêmes. Ils décident des thèmes qu'ils veulent aborder, ils deviennent vraiment « acteur » dans le soin.

Karen Olness et Daniel Kohen résument dans le tableau suivant les différentes inductions possibles en fonction des différents âges (28)

Age préverbal : de 0 à 2 ans	- une stimulation tactile, des caresses, des câlins - une stimulation kinesthésique : bercer, faire bouger un bras en faisant des allers-retours - une stimulation auditive : la musique ou un bruit continu placés loin de l'enfant - une stimulation visuelle : des mobiles ou d'autres objets qui peuvent changer de taille, de position et de couleur - tenir une poupée ou un petit animal en peluche
Age verbal : de 2 à 4 ans	- souffler des bulles - raconter une histoire - livres avec des personnages animés - visionneuse stéréoscopique - l'activité favorite - parler à l'enfant à travers une poupée ou un petit animal en peluche - se regarder sur une vidéo
Age préscolaire ou âge scolaire débutant : de 4 à 6 ans	- souffler l'air - un endroit favori - des animaux multiples - un jardin avec des fleurs - raconter une histoire (seul ou dans un groupe) - le grand chêne - fixer une pièce de monnaie - regarder une lettre de l'alphabet - des livres avec des personnages animés - une histoire télévisée fantasmagorique - la vision stéréoscopique - la vidéo - les doigts qui s'abaissent - une activité dans une salle de jeu
De 7 à 11 ans :	- l'activité favorite - l'endroit favori - regarder les nuages - la couverture volante - des jeux vidéos vrais ou imaginaires - monter sur une bicyclette - souffler l'air à l'extérieur - écouter de la musique - fixer une pièce de monnaie - rapprochement des mains - la rigidité du bras
Adolescence : de 12 à 18 ans	- l'endroit favori ou activité favorite - activité sportive - catalepsie du bras - la respiration - les jeux vidéo vrais ou imaginaires - des jeux informatiques vécus ou imaginés - la fixation des yeux sur une main - conduire une voiture - écouter ou entendre de la musique - lévitation de la main - le rapprochement des mains - des jeux fantasmagoriques

Tableau 1 : Techniques d'induction adaptées à l'âge de l'enfant.

D'après Olness K. et Kohen D.P. (1996), Hypnosis and hypnotherapy with children, 3rd edition, Guilford Press.

3.3.3.2 Les soins dentaires chez l'enfant

L'enfant qui vient consulter pour la première fois au cabinet dentaire doit pouvoir se sentir à l'aise et en confiance dans son environnement. Dès la salle d'attente, un petit espace de jeu peut être aménagé pour l'accueillir.

Lorsque le praticien vient le chercher en salle d'attente, il peut avoir adapté sa tenue en revêtant une blouse colorée, bariolée, avec des illustrations, car certains enfants redoutent la blouse blanche, qui peut faire penser au pédiatre ou au milieu hospitalier. C'est un petit détail qui peut déjà apaiser le premier contact.

De manière générale, il a été constaté que la vision des soins dentaires par un enfant est très fortement liée à l'image que le chirurgien-dentiste détient au sein de la famille. Il existe une corrélation entre l'anxiété des parents et celle de leur enfant. (96)

Le praticien peut détecter assez rapidement au vu de son comportement, s'il est à l'aise et qu'il s'assoit directement sur le fauteuil, ou s'il reste plutôt en retrait, très proche de ses parents.

Ce qui est important lors du premier rendez-vous, c'est de dédramatiser la situation et de montrer que d'aller chez le dentiste peut être un véritable jeu d'enfant.

Ainsi, la technique du « tell show do » est intéressante à utiliser en pédiatrie. Lors de la première consultation, le praticien va simplement expliquer et montrer comment faire pour soigner les dents, pour que l'enfant se rende compte que c'est quelque chose de très facile. Le praticien le fait s'installer confortablement sur le « fauteuil magique » et lui fait la démonstration du petit « tour de manège » lorsque le fauteuil s'allonge.

L'ensemble des instruments utilisés lui est présenté : le miroir pour regarder les dents, la sonde pour « entendre les dents faire de la musique », la « paille » pour aspirer l'eau, le « vent » pour sécher les dents. Le passage d'une brossette pour « chatouiller » les dents le familiarise avec le contre angle. Tout est présenté de façon ludique et interactive.

A la fin de la démonstration, le praticien lui dit qu'il peut être fier de lui, que c'est un « grand champion » et que son courage mérite un petit cadeau pour le récompenser. Les choses sont tournées d'une manière positive, l'enfant est valorisé.

La plupart du temps, lorsque l'expérience s'est bien déroulée et que le praticien demande s'il est d'accord de revenir la prochaine fois soigner les dents « pour de vrai », l'enfant répond favorablement.

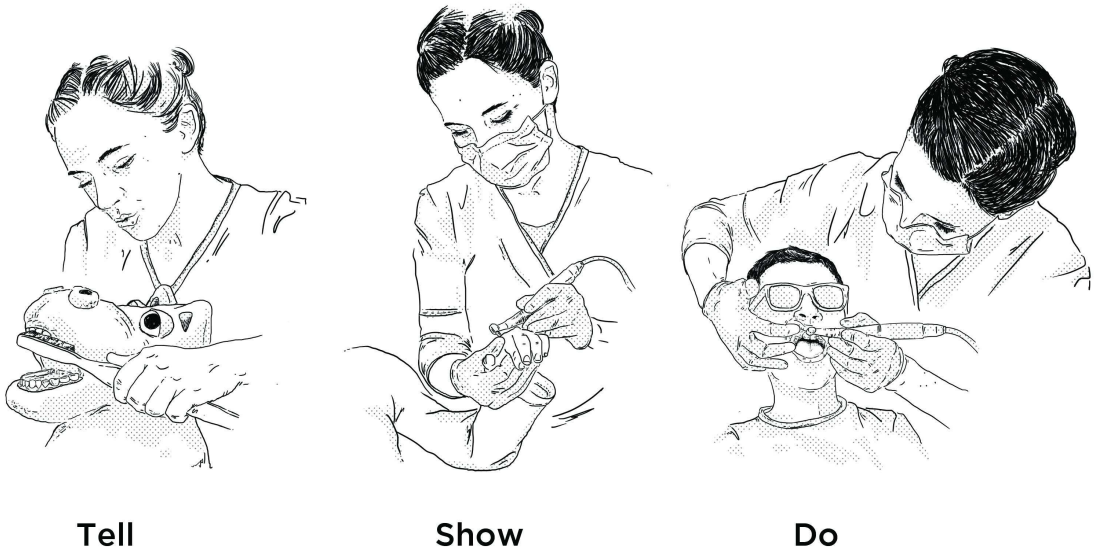

Figure 6 : La technique « Tell, show, do ».

Dans le cas des enfants beaucoup plus anxieux, généralement suite à une expérience antérieure traumatisante, la confiance est plus difficile à regagner. Il est nécessaire d'y aller doucement, de s'adapter à son rythme, de trouver des astuces pour lever les barrières une par une. Inutile de forcer les choses, cela risque de le braquer encore plus.

En fonction de son degré d'anxiété, la prise en charge sous MEOPA peut également être proposée. Le praticien le présente comme un « masque magique » où il pourra sentir son parfum préféré : fraise, banane, chocolat… Il se retrouvera ensuite sur un petit nuage, pour vivre le soin tranquillement. Le praticien pourra réfléchir à des suggestions indirectes, des métaphores, des contes à lui raconter, en le mettant en scène avec ses héros préférés. L'enfant participe à l'expérience, son imaginaire est stimulé et le soin devient totalement interactif.

Exemple : *« Tu m'as dit que tu aimes bien le foot… Je te propose de jouer avec l'équipe de France en finale de la coupe du monde… Tu vas mettre ta tenue : le short blanc, le maillot blanc, les chaussettes montantes, tes crampons et tu serres bien les lacets… Et puis c'est l'arrivée sur le stade, tu peux voir toutes les lumières qui éclairent le terrain et le public, tu entends les acclamations des supporters, tu peux sentir tes pieds fouler la pelouse et sentir l'odeur du gazon fraichement tondu… le match a commencé, tu cours vers le ballon pour faire une passe décisive à Mbappé qui marque un joli but… »*

Le rôle des parents est fondamental car il permet de mieux connaître les goûts de l'enfant, de se renseigner sur ses passions, ce qu'il aime. **(52)** Il est important de discuter avec eux pour qu'ils aident l'enfant à se préparer aux futurs soins à venir. Qu'ils gardent à la maison un discours positif et rassurant, qu'ils prennent conscience eux aussi de certaines paroles

qui peuvent avoir des répercussions négatives telles que *« n'aies pas **peur**, ça ne fera pas **mal**, il y aura juste une **piqûre** !!! »*. Il est nécessaire de les sensibiliser à l'importance d'une bonne communication pour accompagner au mieux leur enfant. Il s'agit donc en tout point d'un travail collaboratif visant l'instauration d'un climat de confiance propice à la réussite des soins dentaires.

3.3.4 La chirurgie

L'hypnose est un atout en chirurgie car elle permet de mieux gérer le saignement per opératoire et améliore la cicatrisation post opératoire.

En effet, il a été constaté que des facteurs physiques et psychologiques peuvent influer sur le saignement.

Parmi les facteurs physiques, on distingue : - l'état général du patient : son âge, sa santé, ses antécédents médicaux ;

- le type de chirurgie et d'anesthésie ;
- l'habileté du praticien : prise en charge conservatrice, dextérité, rapidité d'exécution.

Les facteurs psychologiques sont : - l'image que le patient se fait de la chirurgie : croyances, valeurs, expériences antérieures ;

- ses appréhensions éventuelles. (46)

L'hypnose a une influence sur les facteurs psychologiques, car elle permet au patient de changer ses perceptions face à l'acte chirurgical et d'ainsi diminuer son anxiété. Au final, son confort est augmenté et l'impact émotionnel positif se traduit par des répercussions physiques favorables à la cicatrisation.

En effet, une étude publiée en 2013 dans le Journal of Cranio Maxillo Facial Surgery, montre que l'anxiété, la douleur mais aussi les hémorragies sont réduits lors de la réalisation d'extractions de dents de sagesse sous hypnose. La diminution du saignement, de l'ordre de 30%, pouvant être corrélée à la baisse de la tension artérielle chez les personnes hypnotisées. (33) (52)

Lors de l'intervention sous hypnose, le praticien peut suggérer au patient d'imaginer que l'ensemble des vaisseaux de sa mâchoire constitue un réseau de plomberie dont il est capable d'ouvrir et de fermer le robinet. Cette métaphore, comprise par l'inconscient, permet de contrôler l'hémorragie, offrant au praticien de meilleures conditions d'intervention.

Des suggestions post hypnotiques quant à elles, permettent une cicatrisation plus rapide, réduisent les œdèmes et douleurs post opératoires. La prise d'antalgiques est également diminuée. (103)

3.3.5 Le réflexe nauséeux

3.3.5.1 Définition

Le réflexe nauséeux est une réaction nerveuse inconsciente qui résulte d'une excitation organique.
Il s'agit d'un « réflexe inné et vital de protection permettant de maintenir libres les voies aériennes et digestives supérieures et d'éliminer tout stimulus nuisible susceptible de les obstruer. » (104) La substance indésirable est rejetée par la contraction des muscles de l'oropharynx.
Le réflexe nauséeux peut être conditionné par des stimuli sensoriels, olfactifs, visuels, auditifs et psychiques.
Au niveau buccal, les zones très sensibles capables de déclencher ce réflexe se nomment « zones gâchettes » et se situent à la limite entre le palais dur et le palais mou. Elles concernent également la partie pharyngienne, la luette et l'isthme du gosier. La sensibilité de ces zones varie selon les individus. (105) (46)

Dans le domaine de la chirurgie dentaire, ce réflexe nauséeux peut se manifester dans plusieurs situations :
- la prise d'empreinte au maxillaire ;
- la prise d'une radiographie rétro-alvéolaire ;
- l'utilisation d'instruments : miroir, aspiration, digue ;
- le port d'une prothèse maxillaire dont la limite postérieure a été mal évaluée.

Il peut se manifester également dans un contexte d'anxiété, ou lorsque le patient est dans l'anticipation d'un acte qui lui est désagréable.

3.3.5.2 Prise en charge du réflexe nauséeux par l'hypnose

Des techniques hypnotiques existent afin de pallier à ce phénomène inconfortable.
Dans un premier temps, le praticien peut commencer par induire chez son patient un état de relaxation.

Ensuite, William T. Heron propose une technique hypnotique, le « yes set », pour combattre le haut-le-coeur. Sa démarche est la suivante :

« Monsieur… Vous avez des difficultés à supporter un film de radio dans la bouche. Vous savez, bien sûr, qu'il est nécessaire de prendre des radios pour que je puisse savoir comment procéder. ***C'est vrai, n'est-ce-pas*** *? (pause en attendant un mouvement de tête)*

Quand vous avez faim, vous avez plaisir à sentir de la nourriture dans la bouche, ***exact*** *? (pause en attendant la réponse. Bien sûr, tout le monde donne une réponse affirmative.)*

Très bien, Bon, quand vous avez de la nourriture dans la bouche, elle touche votre langue, l'intérieur de vos joues, votre palais, mais tous ces contacts sont agréables, ***n'est-ce-pas*** *? (pause dans l'attente d'une réponse affirmative). Très bien. Maintenant, quand le film de radio touche votre langue et l'intérieur de votre bouche, pensez à ces contacts comme s'il s'agissait de nourriture ? Cela vous convient-il ? »* (40)

En règle général, le dentiste peut ensuite réaliser son travail sans trop de difficultés. Cet exemple illustre ici l'usage du film radio mais peut tout aussi bien être appliqué au miroir, l'aspiration, la digue et tout autre corps étranger.

Si le praticien se trouve dans une situation où le réflexe nauséeux est déclaré, comme par exemple au cours d'une prise d'empreinte, celui-ci peut basculer énergiquement la tête du patient en avant ce qui permet de libérer les voies aéro digestives supérieures et de placer la langue en position basse pour diminuer la sensation d'étouffement. L'effet de surprise peut également faire oublier de façon momentanée la nausée. (106) En même temps, des suggestions directes sont adressées au patient avec un ton ferme et assuré. Le praticien lui demande de se focaliser sur sa respiration nasale, d'inspirer et d'expirer profondément, de sentir l'air passer dans ses narines, de sentir son ventre se gonfler et se dégonfler… Ses paroles peuvent s'accompagner de gestes comme toucher le bout du nez du patient quand on lui demande de respirer, de toucher le ventre du patient quand on lui demande de se concentrer sur le gonflement abdominal. Ces stimulations à la fois auditives et kinesthésiques vont saturer son cerveau d'informations et focaliser sa pensée ailleurs que sur la sensation désagréable, ce qui va l'aider à oublier son mal-être et petit à petit à retrouver son calme… Dans ces situations de crise, il est important que le praticien montre une forme d'autorité pour que le patient suive les échappatoires proposées.

Dans le cas où le réflexe nauséeux est vraiment très sévère, une méthode progressive de désensibilisation peut être mise en place. Le praticien installer un état de relaxation profonde et exposer le patient au stimulus responsable du haut-le-cœur de manière progressive. La durée, l'intensité et la fréquence du stimulus seront modifiés jusqu'à ce

que le patient tolère l'acte sans sourciller. Des exercices d'auto-hypnose pourront également lui être enseignés pour que le patient puisse pratiquer chez lui. (46)

3.3.6 Le bruxisme

3.3.6.1 Définition

Le bruxisme est un ensemble de para-fonctions dentaires qui peuvent se manifester de façon diurne et nocturne. (46)
Ses symptômes comprennent :

- un grincement ou un serrement des dents excessif ;
- une usure dentaire plus ou moins importante provoquant parfois des sensibilités ;
- une contraction importante des muscles de la mâchoire pouvant entraîner des douleurs articulaires, des maux de tête et des douleurs faciales chroniques.

Le bruxisme est le résultat d'une manifestation psychosomatique qui échappe à la volonté du patient. Ses étiologies peuvent être le stress, l'alcool ou autres drogues psychotropes ou certaines maladies générales. (107)

3.3.6.2 Prise en charge du bruxisme par l'hypnose

Pour traiter le bruxisme par l'hypnose, le praticien Louis Dubin propose de faire ressentir au patient la sensation de confort qui s'installe lorsque ses dents ne sont pas en contact et que ses muscles sont parfaitement relâchés. Il va ensuite suggérer que des stimuli extérieurs vont le tirer de son sommeil, dès lors que le bruxisme se déclare. Le praticien compte sur la bienveillance de l'inconscient pour que le patient garde un sommeil apaisé. Ainsi, il va conditionner le patient à toujours maintenir un espace entre ses dents pendant la nuit. (40)

Le Dr Myriam Bloch, quant à elle, propose une séance d'hypnose au cours de laquelle, le patient se retrouve parfaitement détendu. Un massage des muscles masséter et du temporal est réalisé pour amener un véritable sentiment de bien-être et de relâchement.
Ensuite, elle propose au patient de mettre en place une gouttière imaginaire qui va l'empêcher de serrer les dents au cours de la nuit. L'ensemble de ces informations seront conservées dans la mémoire sensorielle du patient et il pourra retrouver ces sensations, chaque nuit, avant de se coucher, grâce à une petite séance d'auto-hypnose. (108)

Conclusions

La dynamique actuelle qui sous-tend d'être rapide et efficace entraîne certains soignants dans des modes de relation standardisés et inadaptés transformant le patient non plus en acteur de soin mais en objet de soin.

La pratique de l'hypnose permet d'apporter un peu plus d'humanité dans la relation praticien-patient en replaçant ce dernier au cœur de la prise en charge. Le principe de l'hypnose médicale est avant tout de pratiquer une communication thérapeutique et de soigner les maux par les mots. Le praticien écoute son patient avec attention, reconnaît la perception de sa réalité et la respecte. Il se synchronise avec lui, aussi bien corporellement que verbalement et créé progressivement un véritable lien de confiance. Son empathie, sa bienveillance et son authenticité permettent au patient de se sentir encadré, soutenu et valorisé.

Le contexte de soin s'accompagnant généralement de son lot d'appréhensions et de stress, le praticien guide le patient vers un mieux-être en l'aidant à exploiter ses propres ressources inconscientes. Il ne fait qu'activer et amplifier des aptitudes naturelles qu'il possède déjà. Cela lui permet d'aborder les soins d'une manière positive ce qui contribue grandement à la guérison, l'accompagnement psychologique étant parfois bien plus important que l'acte technique en lui-même.

La mise en place d'un contexte de travail rassurant est bénéfique au patient mais également au praticien. Le patient est détendu et le praticien peut travailler sereinement , l'hypnose étant un outil supplémentaire qui le préserve des risques de burn-out. Il s'agit bien d'un travail interactif et collaboratif où chacun des protagonistes participe au mieux-être de l'autre. L'hypnose a donc beaucoup à apporter pour la construction d'une alliance thérapeutique solide. Ses vertus sont nombreuses et à la portée de chacun, il suffit de s'y intéresser et de la pratiquer pour en constater tous ses bienfaits.

Faculté
de chirurgie dentaire

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

SIGNATURE DES CONCLUSIONS

Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire

Nom - prénom de l'impétrant : NONCLERCQ Elodie

Titre de la thèse : Apport de l'hypnose dans l'alliance thérapeutique en odontologie

Directeur de thèse : Professeur Florent MEYER

VU
Strasbourg, le : 04 MARS 2019
Le Président du Jury,

Professeur C. TADDEI-GROSS

VU
Strasbourg, le : 04 MARS 2019
Le Doyen de la Faculté
de Chirurgie Dentaire de Strasbourg,

Professeur C. TADDEI-GROSS

Références bibliographiques

(1) Marzano M. Je consens donc je suis. Presses Universitaires de France ; 2006, 261p.

(2) : HAS, Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Haute autorité de santé ; 2013 : 4-28.

(3) ARS, Agence Régionale de Santé. Qu'est-ce que la démocratie sanitaire? [En ligne] https://www.ars.sante.fr/quest-ce-que-la-democratie-sanitaire-10. Consulté le 11 avril 2018.

(4) Rousset G. Le patient et le système de santé au prisme du consumérisme : résistance ou participation ? Colloque international "Consommation et résistance(s) des consommateurs" Université de Paris 12 et l'Agence nationale de la recherche ; 2008.

(5) Mignon M. et Sureau C. Humanisme médical. Pour la pérennité d'une médecine à visage humain. John Libbey Eurotext. 472p.

(6) Ramseier C et Wolf C. L'image de la médecine dentaire. Rev Mens Suisse Odontostomatol ; 2012 ; 122 : 225-229.

(7) Bioy A. Servillat T. Aïm P. Audrain-Servillat B. Gouchet A. Lelarge E. et al. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Malakoff : Dunod ; 2017, 276p.

(8) Ducoffe M. Qu'attendent les patients de leur chirurgien-dentiste? Thèse de chirurgie dentaire. Faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg. 2016, 98p.

(9) Pena MM, Santos Da Silva EM, Rizatto Tronchin DM et Melleiro MM. The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in hearth services. [En ligne] http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/0080-6234-reeusp-47-05-1227.pdf. Consulté le 5 avril 2018.

(10) Cochet R. Comment le patient choisit son dentiste : raison et sentiments. https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/management/comment-le-patient-choisit-son-dentiste-raison-et-sentiments/https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/management/

comment-le-patient-choisit-son-dentiste-raison-et-sentiments/ [En ligne]. Consulté le 12 avril 2018.

(11) Kadanakuppe S. Effective communication and empathy skills in dentistry for better dentist-patient relationships. J Dent Probl Salut ; 2015 ; 2 : 58-59.

(12) Andrus D, Buchheister J. Major factors affecting dental consumer satisfaction. Health Market Q. 1985 ; 3 ; p 57-68.

(13) Amzalag A. Codes de la relation dentiste-patient. Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2007, 125p.

(14) Adebayo ET, Adesina BA, Ahaji LE et Hussein NA. Patient assessment of the quality of dental care services in a Nigerian hospital. Journal of Hospital Administration. 2014 ; 6 ; 20-28.

(15) Abasq N. Critères de choix par le patient du chirurgien-dentiste en milieu libéral : satisfactions et attentes. Thèse de chirurgie dentaire. Université de Bretagne Occidentale. 2017, 118p.

(16) Billaud A, Pirnay P. La déontologie des chirurgiens-dentistes doit-elle évoluer? Santé Publique. 2015 ; 27 ; 233-240.

(17) Arlet P. La relation médecin/malade. http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/Sous-mod-2_et_3_pdf/01_poly_item01.pdf [En ligne] Consulté le 03 mars 2018.

(18) Binhas E. Patient - praticien : les clés d'une relation réussie. https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/organisation/patient-praticien-les-cles-d-une-relation-reussie/ [En ligne]. Consulté le 14 avril 2018.

(19) Becchio J. et Suarez B. Historique de l'hypnose. La lettre des neurosciences ; 2015 ; 48 : 4-8.

(20) Barry W. Histoire de l'hypnose. http://www.la-rochelle-hypnose.com/histoire-de-hypnose.php [En ligne] Consulté le 28 mai 2018.

(21) Meyer M. L'hypnose : découvrir l'histoire, les mécanismes et les bienfaits du processus hypnotique. Eyrolles. 2014, 170p.

(22) Monier A. et Monier T. L'art dentaire dans l'Egypte pharaonique. http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhad/vol5/art07/corps.htm [En ligne] Consulté le 3 octobre 2018.

(23) Salem G. et Bonvin E. Soigner par l'hypnose. Masson ; 2017, 392p.

(24) Gout JC. Apport de l'hypnose dans la pratique quotidienne du chirurgien dentiste. Thèse de chirurgie dentaire. Faculté de chirurgie dentaire de Toulouse. 2016, 87p.

(25) Freud S. L'hypnose. Textes - 1886/1893. Iconoclaste Eds de L. 2015, 210p.

(26) Chertok L. L'hypnose entre la psychanalyse et la biologie. Odile Jacob. 2017, 192p.

(27) Poussines E. L'hypnose en pédiatrie. Mémoire d'infirmier anesthésiste. Ecole d'Infirmiers Anesthésistes de Toulouse. 2006, 109p.

(28) Michaux D., Halfon Y. et Wood C. Manuel d'hypnose pour les professions de santé. Maloine ; 2011, 302p.

(29) Bontoux D. Couturier D. et Menkes CJ. Thérapies complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins. Rapport de l'académie nationale de médecine ; 2013 ; 1-31.

(30) Labastie D. Utilisation de l'hypnoanalgésie en odontologie. Etude d'un cas clinique. Mémoire pour le Diplôme Universitaire d'hypnose médicale et clinique. Université de la réunion. 2013, 42p.

(31) Prieur J. Pourquoi et comment introduire l'hypnose au cabinet dentaire? Thèse en chirurgie dentaire. Université de Nancy-Metz. 2010, 139p.

(32) Sebille N. Hypnose : technique thérapeutique dans la prise en charge de l'anxiété en pratique odontologique. Thèse de chirurgie dentaire. Université de Nantes. 2007, 123p.

(33) Murat E. La formation en hypnose pour les chirurgiens dentistes en France et en Allemagne. Thèse en chirurgie dentaire. Université de Toulouse. 2015, 97p.

(34) Rossi EL. Psychobiologie de la guérison - la communication corps/esprit au service de la santé. Le souffle d'or. 2002, 447p.

(35) Virot C. et Bernard F. Hypnose, douleurs aigües et anesthésie. Arnette. 2010. 283p.

(36) Haag P. et Roudil-Paolucci N. L'hypnose, idées reçues. Le Cavalier Bleu. 2010, 127p.

(37) Virot C. De la transe spontanée à l'hypnose médicale en anesthésie. Congrès Agora de Rennes. 2002 ; 8p.

(38) Joudrier C. Marine Leleu, première française à finir l'Enduroman. https://sport.francetvinfo.fr/triathlon/marine-leleu-premiere-francaise-finir-lenduroman [En ligne] Consulté le 8 octobre 2018.

(39) Bataille Y. L'hypnose conversationnelle. Pour des soins plus sereins. https://docplayer.fr/74928874-L-hypnose-conversationnelle-pour-des-soins-plus-sereins-yves-bataille.html [En ligne] Consulté le 3 octobre 2018

(40) Corydon Hammond D. Métaphores et suggestions hypnotiques. Bruxelles : Satas, 2004, 579p.

(41) Angeli-Lockert P. Quelle forme d'hypnose choisir? Et comment les reconnaître. [En ligne] http://www.hypnose.com.fr/hypnose-formes.htm. Consulté le 5 février 2018.

(42) L'hypnose http://hypnose-ericksonienne.com/fr/sinformer/lhypnose/ [En ligne] Consulté le 11 septembre 2018.

(43) American psychological association. About the society of psychological hypnosis. [En ligne] https://www.apadivisions.org/division-30/about/index Consulté le 28 janvier 2019.

(44) Institut français d'hypnose ericksonienne. Définitions de l'hypnose. http://www.hypnose.com.fr/definitions-hypnose.htm [En ligne] Consulté le 24 septembre 2018.

(45) Roudinesco E. L'inconscient expliqué à mon petit-fils. Seuil. 2015. 128p.

(46) Assoun PL. Métaphore et métapsychologie. Figures de la psychanalyse. 2005 ; 11 ; 19-31.

(47) Courtial JP. Hypnose, magie de la relation, énergie et mana. Revue du Mauss. 2011 ; 37 ; 347-363.

(48) Descloux F. Les représentations sociales de l'hypnose : une réflexion sur son acceptation dans les soins. Bachelor en physiothérapie. Université de Lausanne. 2012, 86p.

(49) Musellec H, Bernard F. Bases neurophysiologiques de l'hypnose. [En ligne] https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Bases_neurophysiologiques_de_l_hypnose.pdf Consulté le 1er mars 2018.

(50) Faymonville ME, Joris J, Lamy M, Maquet P, Laureys S. Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. Conférences d'actualisation. 2005 ; 59-69.

(51) Rainville P. Neurophénoménologie des états et des contenus de conscience dans l'hypnose et l'analgésie hypnotique. Théologiques. 2004, 12/1-2 ; 15-38.

(52) Prunier C. L'hypnose en odontologie pédiatrique. Thèse de chirurgie dentaire. Université de Nantes. 2017, 80p.

(53) Watzlawick P. Le langage du changement. Elements de communication thérapeutique. Points Essais. 2014, 192p.

(54) Nciri M. La communication hypnotique : mieux communiquer pour mieux prendre soin. Revue de médecine pratique ; 2015 ; 43 : 48-50.

(55) Hennel-Brzozowska A. La communication non verbale et paraverbale - perspective d'un psychologue. Synergies Pologne ; 2008 ; 5 : 21-30.

(56) Darwin C. L'expression des émotions chez l'homme et les animaux. Rivages. 2001 ; 222p.

(57) Aim P. Ecouter, parler : soigner - guide de communication et de psychothérapie à l'usage des soignants. Estem. 2015, 200p.

(58) Loffre C. La communication digitale et analogique et la transformation du travail de l'acteur. Le regard du spectateur. 1995 ; 18 ; 63-73.

(59) Donnadieu G. La communication inter-humaine https://www.afscet.asso.fr/pagesperso/dgcommtu.pdf [En ligne] Consulté le 12 novembre 2018.

(60) Bioy A. L'analogie comme vecteur de l'hypnose, une illustration. Psychothérapies. 2011 ; 31 ; 175-182.

(61) Chaumet C. Hypnothérapie : psychothérapie sous Hypnose. Vesseaux : Psyplus ; 2010, 304p.

(62) Yamalik N. Dentist-Patient Relationship and Quality Care 3. Communication. International Dental Journal ; 2005 ; 4 ; 254-256.

(63) Célestin Lhopiteau I. et Bioy A. Hypnoanalgésie et hypnosédation. Dunod. 2014, 327p.

(64) Rizzolatti G. Les systèmes de neurones miroirs. Institut de france, académie des sciences. 2006 ; 5p.

(65) Virot C. Hypnose et théorie quantique : la bonne longueur d'onde. http://docplayer.fr/73154959-Dr-claude-virot-hypnose-et-theorie-quantique-la-bonne-longueur-d'onde.html [En ligne] Consulté le 10 octobre 2018.

(66) Georgieff N. L'empathie aujourd'hui : au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse. La psychiatrie de l'enfant. 2008 ; 51 ; 357-393.

(67) Dumas G, Nadel J, Soussignan R, Martinerie J, Garnero L. Inter-Brain synchronization during social interaction. esè' [En ligne] Consulté le 10 octobre 2018.

(68) Lockert O. Hypnose : évolution humaine, qualité de vie, santé. Paris : Editions IFHE ; 2013, 720p.

(69) IFH, Institut Français d'Hypnose. Lexique hypnose. https://www.hypnose.fr/hypnose/lexique-hypnose/ [En ligne] Consulté le 3 mars 2018.

(70) Jacquet K. Est-il vrai que les hommes sont incapables de faire deux choses à la fois? https://www.science-et-vie.com/cerveau-et-intelligence/est-il-vrai-que-les-hommes-ne-sont-pas-multitaches-8064 [En ligne] Consulté le 13 septembre 2018.

(71) Dehaene S. Le code de la conscience. Odile Jacob. 2014, 427p.

(72) Bernard F. Les métaphores. https://www.hypnose-therapie-breve.org/Les-metaphores_a224.html [En ligne] Consulté le 13 novembre 2018.

(73) INCTB, Institut Normand de Coaching et de Thérapies Brèves. Hypnose ericksonienne http://www.inctb.net/ressourceshe.htm [En ligne] Consulté le 17 septembre 2018.

(74) Benhaeim JM. L'hypnose médicale. Med-Line. 2012. 252p.

(75) Halfon Y. La confusion, mode d'induction de l'ange et du démon? https://www.hypnose-therapie-breve.org/La-confusion-mode-d-induction-de-l-ange-et-du-demon-Yves-Halfon_a215.html [En ligne] Consulté le 13 novembre 2018.

(76) Chertok L. L'hypnose. Petite bibliothèque Payot. 2002, 368p.

(77) Grinder J. et Bandler R. Transe-formations. Programmation neuro-linguistique et techniques d'hypnose ericksonnienne. Dunod. 2005, 272p.

(78) Josse E. Quels sont les indices d'une transe hypnotique? http://www.resilience-psy.com/IMG/pdf/signes_transe.pdf [En ligne] Consulté le 15 septembre 2018.

(79) Ettzevoglov G. De l'induction hypnotique. Hypnose progressive, rapide et instantanée. Satas ; 2012, 223p.

(80) Roullet B. L'influence de la couleur en marketing : vers une neuropsychologie du consommateur. Thèse de docteur en Sciences de Gestion. Université de Rennes 1. 2004, 629p.

(81) De March P. Musique et anxiété. L'information dentaire ; 2018 ; 31 ; 6-7.

(82) Berthomet N. L'aromathérapie en odontologie. Thèse de chirurgie dentaire. Université de Bordeaux. 2015, 69p.

(83) Binhas E. Praticien-Assistante : les clés d'une collaboration réussie. https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/organisation/praticien-assistante-les-cles-dune-collaboration-reussie/ [En ligne] Consulté le 18 octobre 2018.

(84) Remy C. La relation patient praticien facilitée par une équipe de travail soudée. Thèse en chirurgie dentaire. Université de Lorraine. 2012, 82p.

(85) Bouhassira D. Douleur. Pour qu'elle ne soit plus vécue comme une fatalité. https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/douleur [En ligne] Consulté le 17 octobre 2018.

(86) Bioy A. Hypnose et douleur : où en est-on? https://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/DossierdumoisSFETD/2015/dossier_sfetd_a.bioy_septembre_2015.pdf [En ligne] Consulté le 17 octobre 2018.

(87) SFETD, Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur. La douleur. http://www.sfetd-douleur.org/la-douleur [En ligne] Consulté le 18 octobre 2018.

(88) Benhaeim JM. Les applications de l'hypnose dans la douleur aiguë induite par les soins. http://cnrd.fr/Les-applications-de-l-hypnose-dans.html [En ligne] Consulté le 19 octobre 2018.

(89) Wood C, Duparc N, Leblanc V et Cunin-Roy C. L'hypnose et la douleur. Médecine clinique ; 2004 ; 11 ; 40-44.

(90) Wood C. et Bioy A. De la neurophysiologie à la clinique dans la douleur de l'enfant. Faites le point ; 2005 ; 284 - 296.

(91) Erickson M. L'hypnose thérapeutique. ESF éditeur. 2010, 204p.

(92) Collectif sous la direction du Dr Virot C. Recherches et succès cliniques de l'hypnose contemporaine. Le souffle d'or. 2007, 375p.

(93) HAS. La prise en charge de votre trouble anxieux. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-06/08-091_tag.pdf [En ligne] Consulté le 25 janvier 2019.

(94) Pupaza C. Trouble d'anxiété généralisée, propos sur l'intolérance à l'incertitude de la vie. Thèse de médecine. Faculté d'Angers. 2010, 100p.

(95) UFSBD, Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire. Faire face à l'anxiété en omnipratique. Pratiques dentaires ; 2013 ; 20-22

(96) Guiglion L. Outils thérapeutiques dans la prise en charge de l'anxiété au cabinet dentaire : Le Meopa et l'hypnose. Thèse en chirurgie dentaire. Université de Nice. 2014, 56p.

(97) Site de Référence de l'Anxiété. Généralités sur l'anxiété https://www.anxiete.fr/ [En ligne] Consulté le 3 novembre 2018.

(98) Durand JP. L'image du dentiste dans la bande dessinée et quelques dessins humoristiques, du XIXème siècle aux années 1950 : humour ou pédagogie. Société française d'histoire de l'art dentaire. 2014 ; 8 - 43.

(99) Lang E, Benotsch E, Fink L, Lutgendorf S, Berbaum M, Berbaum K, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. Lancet. 2000 ; 355 ; 1486-90.

(100) Harvard Mental Health Letter. Hypnosis as mental health therapy. https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/Hypnosis_as_mental_health_therapy [En ligne] Consulté le 6 novembre 2018

(101) Sillamy N. Dictionnaire usuel de psychologie. Paris ; Bordas ; 1983 ; 168p.

(102) Smaga D, Cheseaux N, Forster A, Rentsch D, De Tonnac N. et Colombo S. L'hypnose et les troubles anxieux. Rev Med Suisse ; 2010 ; 6 ; 330-333.

(103) Enqvist B, Fischer K. Preoperative hypnotic techniques reduce consumption of analgesics after surgical removal of third mandibular molars: a brief communication. Int J Clin Exp Hypn 1997; 45(2) : 102-108.

(104) Reiner V. Nausées et prothèse dentaire. Rev. Fr. Odont. ; 1963 ; 10 : 1493-1503.

(105) Clavière S. Prévention du réflexe nauséeux : aspects anatomo-physiologiques. Thèse en chirurgie dentaire. Faculté de Nancy-Metz. 2002, 227p.

(106) Bastin FG. Polycopiés d'odonto-stomatologie: étude des phénomènes nauséeux en odonto- stomatologie. Prelat, 1978 : 12.

(107) Chapotat B, LIN JS, Robin O. et Jouvet M. Bruxisme du sommeil : aspects fondamentaux et cliniques. Journal de parodontologie et d'implantologie orale. 2007; 3/99 ; 277-289.

(108) Bloch M. Prise en charge du bruxisme par l'hypnose. https://www.hypnose.fr/actualites-prise-en-charge-du-bruxisme-par-l-hypnose/ [En ligne] Consulté le 7 novembre 2018.

Bibliographie

Amzalag A. Comment favoriser l'alliance thérapeutique? ID. 2006 ; 13 : 668.

Arveiller JP et Tizon P. Démocratie sanitaire, qu'est-ce à dire? Pratiques en santé mentale. 2016 ; 62 ; 2-3.

Bavister S. et Vickers A. La PNL mode d'emploi : pour mieux communiquer avec les autres et mieux vivre. Paris : Leduc.S ; 2010, 316p.

Benhaiem JM. L'hypnose aujourd'hui. Editions In Press. 2012, 289p.

Benhaeim JM. Zen et hypnose. Editions de La Martinière. 2016, 189p.

Béry A, Attali E. et Delprat L. Experte et responsabilité médicale, « mode d'emploi ». Le fil dentaire. 2013 ; 79 : 20-23.

Bioy A, Wood C. et Célestin-Lhopiteau I. L'aide-mémoire d'hypnose en 50 notions. Dunod ; 2010, 311p.

Bioy A. La relation inter-individuelle en hypnose clinique et sa dynamique thérapeutique. Bulletin de psychologie. 2005 ; 477 ; 391-393.

Blanc G. Ergonomie du cabinet. Le fil dentaire ; 2010 ; 57 ; 20-34.

Castel P. Le médecin, son patient et ses pairs : une nouvelle approche de la relation thérapeutique. Revue française de sociologie. 2005 ; 46 ; 443-467.

Chertok L. L'hypnose. Petite bibliothèque Payot. 2002, 368p.

Choukroun MG. Comment devenir un excellent praticien. Paris : Glyphe ; 2012, 206p.

Choukroun MG. Appliquer l'hypnose au cours d'une anesthésie. Dentoscope. 2013 ; 120 : 48-52.

Cochet R. Mieux communiquer avec son assistante dentaire. Le fil dentaire ; 2010 ; 58 ; 30-32.

Decanter B. L'information du patient, son importance, ses conséquences, droits et devoirs de chacun. [En ligne] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Linformation_du_patient__CNP_2012.pdf. Consulté le 19 février 2018.

Dedianne MC, Hazanneau P, Labarere J, Moreau A. Relation médecin malade en soins primaires : qu'attendent les patients. La revue du praticien - médecine générale. 2003 ; 611 : 1-4.

Delcombel B. Hypnose, es-tu là? Le Fil Dentaire. 2014 ; 89 : 20-24.

Delzangles B. Hypnose et odontologie : osez le voyage… Satas ; 2015, 223p.

Duruz H. Du paternalisme médical à la médecine personnalisée. Revmed. 2016 ; 512 : 1072.

Faymonville ME, Maquet P, Laureys S. Comment l'hypnose agit sur le cerveau. La recherche. 2005 ; 392 : 44-49.

Gerber M, Kraft E. et Bosshard C. Décision partagée - Médecin et patient décident ensemble. Bulletin des médecins suisses ; 2014 ; 50 : 1883-1889.

Girer M. Les droits des patients : les enjeux d'une autonomie affirmée. Sciences Sociales et Santé ; 2014 ; 32 : 29-37.

Guillain A. D'un miroir l'autre. Fonction postale et neurones miroirs. Bulletin de psychologie. 2012 ; 518 ; 115-127.

Halfon Y. Parodi C. et Kaiser K. Le dentiste, l'hypnose, le patient. Le Fil Dentaire. 2014 ; 89 : 26-28.

Haute Autorité de Santé, HAS. Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Haute autorité de santé ; 2015 : 1-8.

Hennel-Brzozowska A. La communication non verbale et paraverbale - perspective d'un psychologue. Synergies Pologne ; 2008 ; 5 : 21-30.

Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. Raisons politiques. 2003 ; 11 ; 59-79.

Lockert O. Et d'Angeli P. L'hypnose humaniste pour les nuls. First Editions. 2014, 331p.

Mataki S. Patient-dentist relationship. J Med Dent Sci ; 2000 ; 47 : 209-214.

Meunier J-P. et Peraya D. Introduction aux théories de la communication. De Boeck. 2010, 459p.

Nabarette H. L'internet médical et la consommation d'information par les patients. Réseaux. 2002 ; 114 ; 249-286.

Palazzolo J. L'évolution de la relation médecin malade. Cerveau & Psycho. 2014 ; 18 : 70-75.

Robbins A. Pouvoir illimité : changez de vie avec la PNL : le livre de référence. Paris : J'ai lu ; 1999, 507p.

Rombourg A. Barmas K. Application de l'hypnose en médecine bucco-dentaire aux hôpitaux civils de Colmar. AOS. 2013 ; 262 : 10-12.

Vanhaudenhuyse A. Boveroux P. Boly M. Schnakers C. Bruno M.A. Kirsch M. et al. Hypnose et perception de la douleur. Rev Med Liege. 2008 ; 63 : 5-6.

NONCLERCQ (Elodie) - Apport de l'hypnose dans l'alliance thérapeutique en odontologie.
(Thèse : 3ème cycle Sci. odontol. : Strasbourg ; 2019 ; n° 25)
N° 43.22.19.25

Résumé : La relation patient praticien constitue une des pierres angulaires de la réussite de toute thérapeutique. Celle-ci a beaucoup évolué ces dernières années, passant d'un modèle paternaliste à un modèle autonomiste. La réalité clinique nous montre quotidiennement que si l'on veut obtenir une efficacité de traitement, l'aspect relationnel se doit d'être remis au premier plan**.** C'est la raison pour laquelle une alliance thérapeutique solide doit se construire pour répondre au mieux aux attentes des patients et ainsi éviter les litiges.
L'objectif de ce mémoire est de montrer en quoi l'hypnose, qu'elle soit conversationnelle ou formelle, permet d'améliorer considérablement cette relation singulière en la replaçant au coeur du traitement.

Rubrique de classement : hypnose et alliance thérapeutique.

Mots clés : Alliance thérapeutique
Hypnose
Relation patient praticien
Communication
Psychologie

Me SH : Uses of hypnosis in dentistry
Dentist patient relationship

Jury :

Président : Professeur TADDEI-GROSS Corinne

Assesseurs : Professeur MEYER Florent
Professeur CLAUSS François
Docteur BAHI-GROSS Sophie

Membre invité : Dr BENHARROCH-LEININGER Céline

Coordonnées de l'auteur :

Adresse postale : E. NONCLERCQ
9, rue du Bonhomme
68100 Mulhouse

Adresse de messagerie : elodie_nonclercq@yahoo.fr