

Apport de l’hypnose médicale aux traitements d’ODF

Marie-Hélène SIMONNET GARCIA*

104 place du gue des joncs, 85600 Saint Georges de Montaigu, France

(Reçu le 7 février 2014, accepté le 13 février 2014)

MOTS CLÉS :

Hypnose médicale /
Orthodontie /
Empreintes /
Motivation

RÉSUMÉ –

L’hypnose fait son retour dans toutes les disciplines médicales. Mais dans un monde où chacun souhaite tout contrôler, tout maîtriser, il est utile de savoir que l’hypnose est un processus dynamique qu’on ne peut vous imposer, une réalité psychique, mise en évidence aujourd’hui par l’imagerie cérébrale. Elle n’est nullement une prise de pouvoir. C’est un outil de plus pour passer de l’inconfort au confort, très utile pour la prévention de l’épuisement professionnel, et de plus en plus nécessaire pour soigner sans perdre d’énergie et sans gâcher notre précieux temps. L’hypnose médicale est un véritable atout pour proposer une orthodontie confortable et gagner en sérénité. Simple et très rapide à mettre en œuvre pour réaliser des empreintes de qualité, des poses de bagues confortables, sur un patient totalement immobile. Les traitements d’orthodontie nécessitent coopération et motivation ; redonnons confiance et envie à nos patients avec l’hypnose médicale.

KEYWORDS:

Medical hypnosis /
Orthodontics /
Impressions /
Motivation

ABSTRACT –

Contributions of medical hypnosis to DFO treatment. Hypnosis is making a comeback in all of the medical disciplines. But in a world where everyone wants to control everything and manage everything, it’s helpful to know that hypnosis is a dynamic process that cannot be forced on anyone, a psychic reality, clearly demonstrated by brain imaging today. Hypnosis does not take any power over the individual. It is just one more tool to help ease the discomfort of the patient, and is useful to avoid professional burnout, that is becoming increasingly necessary to provide without depleting our energy and without wasting our valuable time. Medical hypnosis is a real asset for providing comfortable orthodontic treatment and creating a serene atmosphere. It can be done simply and rapidly to take high quality impressions, to place braces comfortably on a patient who is sitting quietly. Orthodontic treatment requires cooperation and motivation, so let’s give our patients a new sense of confidence and a willingness to cooperate.

Clinique et varia

1. Introduction

L’hypnose est-elle une prise de pouvoir ?

De tout temps, le pouvoir a fasciné et façonné les hommes. Il faut sûrement s’appeler Nelson Mandela pour pouvoir se retirer de la vie politique après un unique mandat, satisfait et avec les honneurs. Avec l’hypnose, beaucoup imaginent qu’il est possible d’exercer une prise de pouvoir sur l’autre. Cette possibilité fascine ou attire certains, inquiète les autres... Mais peut-on captiver l’autre par le regard et lui

donner l’injonction d’exécuter une quelconque action contre son gré, sans le menacer, le soudoyer ? Si tel était le cas, les coffres des banques seraient vides, et il aurait fallu moins de temps à Madiba pour sortir de prison et réconcilier les peuples d’Afrique du Sud. Il suffirait d’une formation en hypnose pour obtenir des autres tout ce que l’on désire. Cela n’existe pas. Il ne s’agit aucunement d’une prise de pouvoir sur l’autre, mais tout au plus d’une prise de pouvoir sur soi-même. Il est par conséquent plus judicieux de parler d’autohypnose, car ce processus est inscrit en chacun de nous. Une tierce personne peut en favoriser la mise en route, l’initier, mais personne ne

11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23

* Auteur pour correspondance :
orthodontie.simonnet.garcia@gmail.com

1 pourra jamais prétendre l'imposer à quelqu'un qui
 2 ne le veut pas. Il en est de même pour le médecin qui
 3 prescrit finalement, tous les thérapeutes savent que
 4 le patient dispose et choisira d'appliquer la prescrip-
 5 tion ou non. Tout l'art réside donc dans la manière
 6 de proposer nos thérapeutiques, puis dans le savoir-
 7 faire quant à l'accompagnement. La confusion avec
 8 l'hypnose de music-hall s'estompe heureusement pe-
 9 tit à petit. Mais les thérapeutes réfléchissent plus que
 10 jamais à renommer cette discipline. En attendant,
 11 nous parlerons plus volontiers d'hypnose médicale.

12 La question de l'intérêt de l'utilisation de l'outil
 13 hypnotique dans le monde médical n'est en revanche
 14 plus vraiment d'actualité. Elle a été validée par le
 15 *Mayo Clinic Proceedings* en 2000. Huit diplômés uni-
 16 versitaires ont ouvert leurs portes aux médecins,
 17 aux psychologues et aux chirurgiens-dentistes. On
 18 compte environ 250 nouveaux médecins formés
 19 chaque année à l'hypnose médicale.

20 2. Hypnose médicale, l'apport 21 des neurosciences

22 2.1. L'hypnose d'hier et d'aujourd'hui

23 Nous devons le retour de cette hypnose aux neu-
 24 rosciences qui permettent aujourd'hui ce que l'aca-
 25 démie royale des sciences puis de médecine n'ont
 26 pas pu prouver à la fin du 18^e siècle. Ces commis-
 27 sions d'étude, composées de gens brillants comme
 28 Benjamin Franklin, Antoine Lavoisier, Michael
 29 Faraday, ont bien reconnu les résultats étonnants, en
 30 particulier de leur confrère Franz Anton Mesmer [8],
 31 mais déclaré qu'il s'agissait de l'effet de l'imagination.
 32 Ils n'avaient aucun moyen d'investigation pour prou-
 33 ver les modifications de l'activité cérébrale lorsque le
 34 sujet vit le processus hypnotique. Faute de preuves,
 35 ils ont répudié ce médecin viennois, homme pour-
 36 tant remarquable qui avait réintroduit l'hypnose en
 37 France. Mais il est important de replacer les événe-
 38 ments dans leur contexte. Ces commissions ont eu
 39 lieu à la demande de Louis XVI qui voyait d'un très
 40 mauvais œil l'engouement pour un autre homme et
 41 l'agitation des foules que Mesmer déclenchait. Il lui
 42 aurait bien coupé la tête, mais il l'a seulement répu-
 43 dié... Louis XVI trouvait que ce qui était devenu une
 44 véritable « mesméromanie » lui faisait de l'ombre. Il
 45 craignait le supposé pouvoir de Mesmer et le pou-
 46 voir ne se partage pas facilement. Il a fallu attendre

Milton Hyland Erickson [3] pour comprendre vrai- 47
 ment que le malade est le véritable acteur de sa gué- 48
 rison, et que le thérapeute n'a pas d'autre pouvoir 49
 sur son malade que celui que ce dernier veut bien lui 50
 donner. Ce médecin psychiatre américain s'est formé 51
 à l'hypnose en 1925. Il est à l'origine de la concep- 52
 tion largement majoritaire de l'hypnose actuelle, qui 53
 consiste à proposer de se reconnecter le plus large- 54
 ment possible avec son propre non-conscient pour y 55
 puiser ressources et solutions. Il propose donc une 56
 hypnose non autoritaire et l'utilisation de sugges- 57
 tions et de métaphores adaptées au problème que 58
 le patient rencontre, pour que celui-ci réactive ses 59
 propres ressources et compétences. 60

2.2. La douleur 61

C'est donc aux neurosciences que nous devons 62
 vraiment le retour de l'hypnose, car même face à des 63
 résultats cliniques remarquables, l'homme de science 64
 a besoin de comprendre et c'est heureux. Les neuro- 65
 sciences montrent enfin les phénomènes cérébraux 66
 authentiques et les modifications qui ont lieu pen- 67
 dant le processus hypnotique. Nous pouvons en- 68
 fin avancer des explications, explorer les différents 69
 niveaux de conscience, véritable arc en ciel dans 70
 notre cerveau. Nous pouvons étudier les différents 71
 réseaux neuronaux, comme le réseau de repos qui 72
 connaît surtout une distribution au niveau du cer- 73
 veau médian, et le réseau d'attention situé plutôt en 74
 périphérie. L'IRM fonctionnelle met en évidence les 75
 modifications d'équilibre de ces réseaux pendant le 76
 processus hypnotique et les applications qui en dé- 77
 coulent, particulièrement pour tous les phénomènes 78
 douloureux, un des domaines les plus explorés. Un 79
 travail de stimulation des circuits de l'attention peut 80
 modifier le message douloureux au niveau des zones 81
 corticales d'intégration. Pierre Rainville est le pre- 82
 mier à avoir réalisé des images du cerveau sous hyp- 83
 nose [4]. Professeur au département de stomatologie 84
 de la faculté de Montréal, il est également directeur 85
 du laboratoire de recherche en neuropsychologie de 86
 la douleur. Il nous explique l'aspect multidimension- 87
 nel de la douleur et en étudie les divers centres cé- 88
 rébraux. La composante sensorielle se situe en par- 89
 tie dans la zone de l'insula et nous permet d'évaluer 90
 sur une échelle graduée quelle est l'intensité de la 91
 douleur ressentie. La composante affective ou émo- 92
 tionnelle se situe du côté cingulaire antérieur et nous 93
 aide à identifier l'inconfort qui en résulte. Le cortex 94

1 préfrontal va permettre de prendre la décision de
2 se soustraire à cette douleur, c'est l'aspect cognitivo-
3 comportemental de la douleur.

4 La tomoscintigraphie par émission de positons
5 dite PET-scan permet de mettre en évidence une acti-
6 vité cérébrale propre au processus hypnotique. Alors
7 que le patient peut effectivement avoir l'air de dormir
8 ou de méditer, le fonctionnement cérébral s'avère
9 très différent de celui observé lors du sommeil et du
10 rêve, de l'imagination ou de la méditation.

11 Les mouvements idéomoteurs comme les clonies
12 qui se traduisent par des petites contractions des
13 doigts, ou la lévitation d'un bras sont l'expression de
14 processus archaïques qui n'ont lieu qu'au cours du
15 processus hypnotique.

16 **2.3. Tout le monde peut-il bénéficier de l'hypnose ?**

17 L'hypnothérapeute établit un dialogue actif et
18 utile, par exemple pour la prise en charge de la
19 douleur aiguë ou chronique. Il nous montre le che-
20 min pour en moduler l'intensité, jusqu'à la dimi-
21 nuer de 50 %. Il existe par exemple des exercices
22 simples qui consistent à tourner un bouton effecti-
23 vement imaginaire, comme le disaient nos amis du
24 XXVIII^e siècle, et qui modifient de manière signifi-
25 cative la perception de la douleur. Les patients concer-
26 nés sont d'autant plus réceptifs que la souffrance ou
27 l'urgence est grande.

28 Cette remarque est l'occasion d'aborder une ques-
29 tion récurrente quant au degré de suggestibilité des
30 uns ou des autres. Nous entendons souvent « oh ce
31 n'est pas pour moi, j'ai besoin de contrôler la si-
32 tuation ». Ceux-là ont pourtant tout intérêt à ex-
33 périmenter l'outil hypnotique puisqu'il s'agit bien
34 d'augmenter la prise de pouvoir que nous avons
35 sur nous-même. Une aubaine en quelque sorte pour
36 tous ceux qui ne souhaitent pas lâcher-prise, ou qui
37 pensent que ce laisser-aller n'est pas pour eux. C'est
38 l'occasion d'expliquer qu'il ne s'agit justement pas
39 de s'endormir et de laisser faire, mais bel et bien
40 de travailler pour permettre au non-conscient de re-
41 structurer l'information douloureuse ou celle d'in-
42 confort, pour que le corps et l'esprit se rassemblent,
43 et rétablissent l'équilibre en puisant activement dans
44 nos ressources. Notre cerveau est un grand méde-
45 cin. Il répare, rééquilibre, cicatrise, structure. En lui
46 offrant un cadre favorable à ce travail, nous ou-
47 vrons les portes du possible. Les neurosciences ont
48 permis de voir que l'accès à ce grand magasin de

ressources est néanmoins plus aisé ou plus rapide 49
pour certains. La notion de suggestibilité a fait cou- 50
ler beaucoup d'encre. Des « échelles d'hypnotisabi- 51
lité » sont proposées [5], mais c'est l'exploration cé- 52
rébrale qui a montré que la structure de jonction 53
entre nos deux hémisphères cérébraux joue un rôle 54
important. Il s'agit du corps calleux qui, lorsqu'il 55
présente un volume antérieur plus important, favo- 56
rise les échanges inter-hémisphériques particuliè- 57
rement riches pendant le processus hypnotique. 58

2.4. **Tout le monde veut-il bénéficier de l'hypnose ?** 59

À la lumière de ce qui est dit plus haut quant à la 60
suggestibilité, il est plus judicieux de s'interroger sur 61
qui souhaite vivre ou non le processus hypnotique. 62

L'hypnose conversationnelle consiste à utiliser 63
quelques techniques bien connues entre autres des 64
publicistes et de quelques politiciens... Par exemple, 65
la technique d'acceptation ou *yes set* consiste à po- 66
ser trois questions auxquelles votre interlocuteur ne 67
peut répondre autrement que par oui, puis à poser 68
une quatrième question à laquelle vous souhaitez un 69
oui comme réponse : « *Vous vous appelez bien Roger* 70
Denblanche ? Vous avez été adressé par le docteur Cary ? 71
C'est bien la première fois que vous venez dans mon cabi- 72
net ? Voulez-vous vous allonger pour que je vous examine 73
s'il vous plaît ? ». Ces différentes techniques ne né- 74
cessitent aucune présentation, et nous sommes tous 75
sensibles au discours proposé. C'est un peu comme 76
le « bonjour, merci, au revoir ». 77

L'échange est fluide. Cette fluidité ainsi obtenue, 78
il est finalement assez rare qu'il faille proposer une 79
hypnose formelle. Si cela reste nécessaire, voici la 80
règle d'or, le praticien propose, le patient dispose. Il 81
est possible que cela n'intéresse pas, mais lorsque le 82
sentiment d'inconfort est très présent, il est bien rare 83
que le patient refuse, et bien plus exceptionnel en- 84
core lorsque la peur occupe tout l'espace ; il ne reste 85
plus de place pour le non. Le sentiment d'urgence, le 86
besoin de conseil rend disponible. Une séance d'hyp- 87
nose, c'est un peu comme une invitation à aller à une 88
séance de cinéma. Tout le monde peut s'y rendre, et 89
si le ressenti diffère d'une personne à l'autre, chacun 90
garde une histoire à raconter. Dans le cadre de nos 91
soins, une prise en charge hypnotique sophistiquée 92
n'est pas nécessaire. Au praticien de proposer intelli- 93
gemment cet outil si efficace. Le patient est libre de 94
refuser ou d'accepter la réactivation de ce processus 95
naturel. 96

3. Orthodontie et hypnose médicale

S'il reste encore beaucoup à explorer, on commence à percevoir que cette transe quotidienne connue de tous n'a plus grand chose à prouver quant à l'intérêt de ses applications dans le monde médical. Pour la douleur bien sûr, mais aussi pour la résolution de problématiques telles que le stress, l'anxiété, la dépression, pour le traitement de divers troubles comportementaux touchant le sommeil, l'alimentation, la sexualité, les apprentissages. La liste n'est pas exhaustive car les indications sont très nombreuses. Plus de 12 000 publications sont consultables aujourd'hui sur l'hypnose. Mais les orthodontistes ont-ils raison de s'intéresser à l'hypnose pour autant ? Les confrères omnipraticiens qui découvrent la discipline m'interrogent souvent à ce sujet. Quel intérêt l'hypnose peut-elle bien avoir dans les cabinets d'orthodontie ? Nous sommes moins confrontés à la douleur sur le temps de nos consultations que les chirurgiens-dentistes, même si nous savons qu'elle n'est pas toujours négligeable en post-opératoire. Nous gérons relativement bien le stress dans nos cabinets car nos actes sont moins anxiogènes que pour nos confrères omnipraticiens. Et nous ne sommes pas là pour proposer des psychothérapies, même si nous sommes amenés à revoir plus régulièrement et plus longuement nos patients que dans le cadre de soins dentaires. Nous sommes relativement peu consultés dans le cadre de notre spécialité pour les problèmes de glossodynies, d'algies faciales, de bruxisme, de troubles articulaires. Alors pourquoi se former à l'hypnose médicale ?

3.1. Une autre ambiance de travail avec l'hypnose

Dès le début de ma formation à l'hypnose, j'ai constaté que son introduction au cabinet modifiait l'ambiance générale. Un autre état d'esprit, une autre philosophie de soin faisait son entrée dans nos salles de soins. Très perceptible par chaque personne de l'équipe qui rapidement s'est intéressée à ces changements. Mes assistantes m'ont sollicitée pour être informées de manière plus précise, puis pour être formées également. C'est un peu comme si nous redonnions du sens à chaque échange, au rôle que chacun avait à jouer au sein du cabinet. L'équipe s'est soudée et retrouvée autour d'un réel projet commun. Il en découle immédiatement plus d'efficacité. J'aurais pu me contenter de ce résultat déjà très gratifiant, mais la curiosité face à une technique si peu

coûteuse à mettre en place, et si efficace pour aller vers de réels changements m'a poussée à continuer la formation, même si je ne voyais pas tout de suite moi-même les applications professionnelles possibles. Quelle ne fut ma surprise lorsque je réalisais que l'hypnose était utile à chaque temps de la consultation, mais aussi pour fluidifier toute la logistique autour devenue de plus en plus chronophage et fatigante lorsque nous n'avons pas les bons outils ; un excellent moyen de prévention du *burn out* ou épuisement professionnel dont on parle si souvent ces derniers temps.

3.2. Harmonisation et neurones miroirs

Voyons tout d'abord comment l'hypnose a pu modifier en profondeur l'ambiance de travail. L'apprentissage de cette technique amène souvent à changer de regard, à reconsidérer le patient sous un angle nouveau. Prendre un temps d'harmonisation et utiliser un langage positif transforment en profondeur le relationnel qu'on développe avec les patients. La filiation s'installe plus rapidement et il en découle plus naturellement la confiance nécessaire à toute relation harmonieuse. Cette confiance établie, la communication est plus aisée, les explications mieux comprises, l'échange a lieu sans crainte du jugement, du reproche. Il est alors possible de connaître vraiment le motif de consultation, l'attente du patient, de sa famille, sa motivation. Il sera ainsi plus aisé de conseiller le traitement le plus adapté au patient. C'est aussi ce qui va nous permettre à chaque consultation de refaire un bilan rapide et efficace, une sorte d'enquête de satisfaction afin de savoir si nous continuons le traitement de la manière envisagée, ou s'il est préférable de changer de technique voire d'interrompre un temps donné. Je dis bien « nous », car toute l'équipe étant formée, il s'agit d'un véritable travail d'équipe. Le gain de temps est considérable car l'échange est efficace. Nous ne perdons plus de temps pour savoir pourquoi l'enfant rencontre tel ou tel problème, pourquoi il décolle un bracket ou pourquoi il ne porte pas les forces intermaxillaires ou tout appareil amovible. Notre patient arrive le plus souvent avec les explications, même lorsqu'il sait pertinemment ne pas avoir respecté les consignes. « Ce carambar me faisait vraiment trop envie, j'oublie systématiquement mes élastiques après la cantine, je n'ai pas envie de nettoyer mon appareil, etc ». Nous cherchons des solutions

1 avec lui et poursuivons le traitement si nous trou-
 2 vons d'autres accords, s'il retrouve la motivation et
 3 le confort suffisant. Nous respectons ses difficultés
 4 mais nous interrompons sans hésitation et sans juge-
 5 ment si cela compromet la réussite du traitement ou
 6 si le risque carieux pointe.

7 3.3. *Pensée et langage positifs*

8 S'harmoniser à nouveau à tous les temps un peu
 9 délicats procure à l'interlocuteur le sentiment d'être
 10 écouté et mieux compris. C'est une mise en action
 11 des fameux neurones miroirs décrits par Giacomo
 12 Rizzolatti en 1997 [5, 6]. Ils jouent un rôle essen-
 13 tiel dans l'apprentissage qui se nourrit de l'imita-
 14 tion, et dans l'empathie. Mais attention, comme nous
 15 le dit le neurophysiologiste Pierre Bustany [2], si
 16 notre cerveau est social, la fonction initiale du sys-
 17 tème miroir est aussi de se défendre. Il vaut mieux
 18 penser soi-même positivement si l'on souhaite un
 19 échange apaisé et constructif. D'ailleurs, nous savons
 20 à présent combien l'introduction d'un langage posi-
 21 tif transforme en profondeur autant celui qui l'em-
 22 ploie que celui qui l'entend. De nombreuses études
 23 ont mis en évidence l'effet stimulant des mots lors-
 24 qu'ils sont bien choisis. Plus particulièrement dans
 25 les situations tendues, notre cerveau n'entend pas la
 26 négation. Il est donc préférable de dire que le soin
 27 sera rapide et se déroulera bien, plutôt que de dire
 28 que le soin ne sera pas long et qu'il ne fera pas mal.
 29 Le cerveau retient « long et mal ». Avec toute la bien-
 30 veillance et l'empathie que nous pouvons avoir, nous
 31 risquons d'alimenter ou d'installer une tension.

32 En 2005, Elvira Lang a filmé son équipe à l'hô-
 33 pital Beth Israël à New York, pour mesurer l'impact
 34 des mots sur les scores de douleur et d'anxiété des
 35 personnes opérées sous anesthésie locale. Lorsque
 36 l'équipe utilise les phrases habituelles comme :
 37 « vous n'avez rien à craindre, vous n'aurez pas mal,
 38 n'ayez pas peur », anxiété et douleur restent très pré-
 39 sentes. En revanche, l'utilisation de mots apaisants
 40 tels que « soyez tranquille, tout ira bien » abaisse le
 41 seuil de douleur et d'anxiété. Tout mot qui rappelle
 42 la douleur active les zones cérébrales de la douleur
 43 et entretient la pénibilité dans laquelle se trouve le
 44 patient.

45 Ces notions de base sont les préalables à une
 46 bonne utilisation de l'outil hypnotique. Elles re-
 47 quierent un peu d'entraînement pour devenir na-
 48 turelles et spontanées. Mais lorsqu'on sait que le

bon usage des mots peut suffire à désamorcer 49
 une situation stressante, l'envie d'apprendre est au 50
 rendez-vous. 51

52 3.4. *Et la stomatophobie ?*

53 Un vrai phobique aura bien sûr besoin d'un peu
 54 plus de technique. Le radiologue Bruno Suarez est
 55 un des pionniers en France de l'exploration du cer-
 56 veau pendant la transe. Il a proposé des études qui
 57 mettent en évidence, entre autres, l'action de l'hyp-
 58 nose sur le cortex cingulaire antérieur, siège de la
 59 composante émotionnelle et affective de la douleur.
 60 Et dans un autre domaine qui nous intéresse par-
 61 ticulièrement, il a étudié la claustrophobie dans les
 62 IRM. Cette étude qui est parue dans la revue Cerveau
 63 & psycho de juillet-août 2013 montre les bienfaits
 64 de l'hypnose dans les cabinets de radiologie [7]. Le
 65 docteur Suarez a proposé un accompagnement hyp-
 66 notique à 52 personnes claustrophobes, dont 7 qui
 67 avaient déjà eu une attaque de panique lors d'une
 68 précédente IRM ; 48 d'entre eux ont pu passer nor-
 69 malement leur examen grâce à une seule séance
 70 d'hypnose. 71

72 Les orthodontistes sont confrontés toute la jour-
 73 née aux difficultés de coopération et de bonne ob-
 74 servance de leurs patients. Il arrive que nous soyons
 75 aussi confrontés à des refus de soin allant jusqu'à la
 76 stomatophobie. Il m'a été amené un jour une jeune
 77 fille de 10 ans par sa mère qui réclamait pour elle
 78 des empreintes sous anesthésie générale. La prise
 79 en charge de ces patients reste délicate parce que
 80 l'orthodontie ne relève jamais de soins d'urgence et
 81 parce que la douleur est négligeable lors des poses
 82 d'appareil. Avoir recours à l'anesthésie générale ou
 83 même au mélange équimolaire oxygène-protoxyde
 84 d'azote (MEOPA) paraît par conséquent totalement
 85 démesuré. Mais comment faire alors ? La plupart
 86 des orthodontistes négocie, parlemente des heures.
 87 L'autorité, la dérision, la moquerie peuvent parfois
 88 permettre un soin, mais la coopération sera au plus
 89 bas. Nous ne sommes pas là pour nous substituer
 90 à l'autorité parentale, ou remettre en cause le mode
 91 éducatif. Nous conseillons, proposons, motivons et
 92 offrons une technique de soin pour rétablir fonctions
 93 et esthétique, la famille dispose.

93 3.5. *Confiance et communication*

94 Le niveau d'exigence augmente et nous nous élo-
 95 gnons de l'époque où les parents acceptaient tout



Figure 1

Lucille : « c’est comme si on m’endormissait ».

1 traitement sans poser de question. Les difficultés fi-
 2 nancières que les uns et les autres rencontrent de
 3 plus en plus rendent plus inquiets voire agressifs.
 4 Avoir un outil efficace de communication et de soin
 5 lorsque la demande est plus particulière est un atout
 6 majeur pour le praticien qui est plus serein, plus dis-
 7 ponible, et plus efficace pour la mise en place de
 8 ses différentes thérapeutiques. Il n’est pas toujours
 9 facile de faire comprendre à l’enfant et aux parents
 10 qu’un traitement qui n’avance pas convenablement
 11 est la conséquence d’une mauvaise observance des
 12 consignes données. Le praticien, s’il n’est pas remis
 13 en cause tout de suite, sera vite pointé du doigt.
 14 L’obligation de résultat reste d’actualité. Les parents
 15 oublient très vite les égarements de l’enfant ou leur
 16 propre décision d’interruption sans contention par
 17 exemple. Il est plus confortable pour tous de pou-
 18 voir réaliser des traitements dans une ambiance de
 19 confiance mutuelle et de bonne coopération, de pou-
 20 voir terminer ces traitements et de réaliser un suivi
 21 pour s’assurer de la bonne stabilité du résultat ob-
 22 tenu. Beaucoup de patients aujourd’hui exigent une
 23 prise en charge personnalisée. Ils attendent la qua-
 24 lité, tant au point de vue technique qu’en termes
 25 d’accueil. L’hypnose conversationnelle est un atout
 26 majeur pour établir un relationnel efficace.

4. L’hypnose au cœur du soin orthodontique

27
28

Cette communication particulière facilite bien en-
 tendu également les soins eux-mêmes. Nos confrères
 médecins lui ont ouvert grand les portes des centres
 anti-douleur, des soins palliatifs, des maternités, des
 blocs opératoires, mais ils sont aussi de plus en
 plus nombreux à l’utiliser dans leurs cabinets privés,
 dès qu’un acte engendre douleur ou stress, comme
 certains soins dermatologiques, ophtalmologiques,
 ou pour pouvoir réaliser des examens particuliers
 comme les endoscopies ou autres. La liste n’est
 bien sûr pas exhaustive. Chaque prise en charge est
 source de stress pour certains patients.

29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40

4.1. Les empreintes

41

Dans le cabinet d’orthodontie, le temps des em-
 preintes (Fig. 1), par exemple, reste souvent déli-
 cat, car nombreux sont les patients qui craignent
 d’avoir des nausées ou de ne pas pouvoir attendre
 trop longtemps la bouche ouverte. Elles se doivent
 d’être très précises pour les traitements amovibles
 qui concernent parfois de très jeunes enfants. Une
 bonne empreinte, c’est un appareil réalisé dans de
 bonnes conditions au laboratoire, garant d’une pose

42
43
44
45
46
47
48
49
50

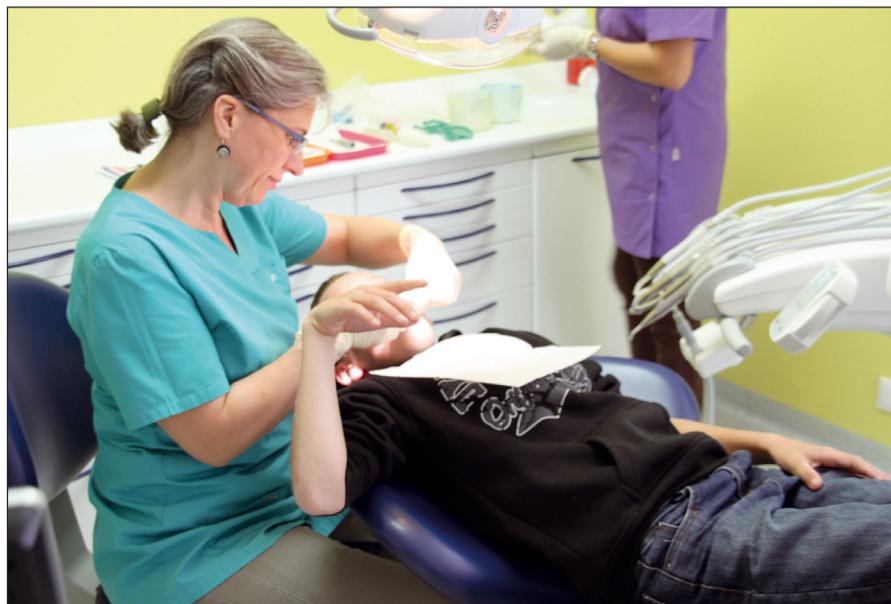


Figure 2

Marc. Catalepsie spontanée grâce à l'hypnose conversationnelle mise en place dès l'accueil du patient.

1 simplifiée et rapide, d'un meilleur confort pour le
 2 patient. De ce confort découle une meilleure ob-
 3 servation des consignes, un résultat plus rapide,
 4 une confiance accrue, mais aussi moins de réglages,
 5 moins d'urgence. Le seul problème réside donc dans
 6 le fait d'obtenir ces fameuses bonnes empreintes. Les
 7 moyens techniques répondent de mieux en mieux
 8 à nos critères d'exigence, mais les problèmes nau-
 9 séeux, l'anxiété, l'impatience de nos patients, petits
 10 et grands, ne nous permettent pas toujours de réali-
 11 ser le geste que nous souhaiterions. Nous négocions
 12 alors parfois avec le laboratoire et perdons beaucoup
 13 de temps, car le travail ne correspond pas à notre
 14 attente. Quelques astuces indépendantes de la sug-
 15 gestion hypnotique sont toujours bienvenues mais
 16 ne sont pas suffisantes pour tous. Dans mon cabinet,
 17 il est assez fréquent que l'hypnose conversationnelle
 18 soit relayée par une mise en catalepsie d'un bras. Cet
 19 état physique transitoire caractérisé par une rigidité
 20 des muscles est très simple à installer au fauteuil. Il
 21 suffit de prendre délicatement le poignet du patient
 22 et de l'amener vers le visage en lui demandant de le
 23 maintenir ainsi quelques instants. Curieusement cela
 24 ne nécessite aucune explication particulière et peut
 25 se réaliser quasiment au moment où le fauteuil s'al-
 26 longe lorsque nous sentons que le patient a besoin
 27 de plus de présence de notre part, ou au moment
 28 où le soin requiert plus d'immobilisme. Dans une
 29 situation stressante, la personne concernée est très

attentive à toutes les solutions qui peuvent l'apaiser,
 et reste en attente des instructions. Il est surtout im-
 portant de garder le contact, avec nos mots, notre
 regard si possible, et éventuellement nos gestes. Et
 oser. Mes assistantes me relaient toujours très effica-
 cément lorsqu'elles constatent que je n'ai pas la dis-
 ponibilité suffisante. Il arrive aussi, et ce de plus en
 plus fréquemment, que le patient s'installe sponta-
 nément dans une position cataleptique (Fig. 2).

L'accueil et l'accompagnement proposés en amont
 favorisent bien entendu ceci. Mais l'observation et le
 respect de ces attitudes nous montrent qu'elles sont
 plus fréquentes qu'on ne le pense quelque soit le
 contexte. Je les utilise donc, et ne déplace qu'à mi-
 nima le bras qui gênerait éventuellement mes soins.
 Alors que ces positions étaient source d'un discours
 un peu agacé, car nous les vivions comme un atti-
 tude de défense et donc de méfiance à notre égard,
 nous constatons aujourd'hui qu'elles apaisent très
 rapidement le patient et stabilise la transe très ef-
 ficacement. Nous nous en amusons au contraire.
 Généralement, il suffit de permettre au patient de
 s'installer comme bon lui semble dans un premier
 temps, de commenter éventuellement ce que nous
 voyons de sa manière de se poser ou pas. Par
 exemple, lorsqu'il s'agit : « je vois tes pieds dan-
 ser », ou lorsqu'il place les mains derrière la tête :
 « tu t'installes comme à la plage, dis-moi ». Puis
 nous réajustons cette position pour rendre notre soin

30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58

1 confortable, en expliquant simplement que les pieds
 2 vont pouvoir se reposer, que je vais avoir besoin
 3 des mains pour tenir un objet. J'utilise en effet fré-
 4 quement en association de la catalepsie une foca-
 5 lisation distractive. Une de mes assistantes ou moi-
 6 même guidons également délicatement le poignet du
 7 patient vers son visage en lui demandant de tenir
 8 un objet quelconque. Miroir, coton, pompe à sa-
 9 live, tout objet qui permet de choisir les couleurs
 10 des élastiques placés autour des bagues ou des ré-
 11 sines utilisées pour les appareils amovibles, etc. Il ar-
 12 rive également que je propose pour les plus anxieux
 13 un accompagnement hypnotique plus formel, dans
 14 un souvenir agréable par exemple, ou que j'amène
 15 les plus jeunes sur un terrain de sport virtuel, ou
 16 derrière des manettes de jeu vidéo. Faire « comme
 17 si » leur est facile. Je leur demande s'ils sont d'ac-
 18 cord pour faire un exercice qui les rendrait plus
 19 confortable. Puis je leur propose d'écouter juste le
 20 son de ma voix, de penser par exemple qu'il y a
 21 dans leur poche un billet d'avion sur lequel figure
 22 la destination de leur rêve. Et je les guide dans ce
 23 voyage avec des techniques simples qui s'enseignent
 24 en quelques jours. Six années de formation pour
 25 devenir chirurgien-dentiste, six jours pour faire le
 26 tour du monde et accompagner nos patients an-
 27 xieux, pour leur faciliter l'accès aux soins et nous
 28 offrir de meilleures conditions d'exercice. J'utilise
 29 également volontiers un balayage oculaire de comp-
 30 tage lorsque le réflexe nauséeux apparaît. Je me suis
 31 inspirée pour cela de l'*Eye-Movement Desensitization*
 32 *and Reprocessing* (EMDR), technique basée sur l'uti-
 33 lisation des mouvements oculaires. Mise au point
 34 par la psychologue californienne Francine Shapiro
 35 en 1987, l'EMDR est particulièrement prisée pour le
 36 traitement des états de stress post-traumatiques. Elle
 37 favorise l'apparition des émotions ainsi que leur éva-
 38 cuation [9]. Au fauteuil, je pratique une « EMDR »
 39 modifiée et simplifiée. Cela consiste là encore, à ame-
 40 ner la main du patient à la hauteur de ses yeux et de
 41 guider son geste pour que, tête bien immobile, seuls
 42 ses yeux suivent le doigt qu'on aide à faire balayer au
 43 dessus de son visage, tel un essuie glace, de gauche
 44 à droite, de droite à gauche. Un simple comptage ac-
 45 compagne le mouvement. J'informe juste le patient
 46 ainsi : « tes yeux vont compter jusqu'à 10 au rythme
 47 de ton doigt ».

48 Le grand intérêt de toutes ces techniques, c'est
 49 la rapidité de mise en place et le peu de moyen

nécessaire. Finie la négociation, finis les divers 50
 arômes qu'on peut ajouter aux alginate. Fini l'incon- 51
 fort de travail pour le praticien. D'autant que pour 52
 préserver mon dos, je réalise toutes mes empreintes 53
 en allongeant complètement le patient. La bonne vi- 54
 sibilité et le respect du temps de prise assurent ainsi 55
 la qualité. 56

4.2. La pose de bagues 57

De la même manière, une pose de bagues dans un 58
 environnement de type hypnotique sera plus rapide 59
 et plus confortable pour le patient et pour l'équipe. 60
 La catalepsie là aussi est très souvent mise en place, le 61
 plus fréquemment à l'aide d'un objet comme ce qui 62
 est décrit pour les empreintes ou parfois spontanée 63
 quand l'hypnose conversationnelle crée un cadre. 64
 Elle installe et stabilise la transe durablement (Fig. 3) 65

L'immobilité du patient permet ainsi des gestes 66
 plus précis, et une pose de bagues nettement plus 67
 rapide. Parmi les signes de transe intéressants pour 68
 nous, il y a une diminution notable de la salivation 69
 et donc de la déglutition. Nul besoin de proposer 70
 une médication pour diminuer la salivation qui gêne 71
 le collage. Le patient ne réclame pas d'interruption 72
 de soin pour se rincer la bouche, il vit son soin 73
 comme entre parenthèse. Les parents sont le plus 74
 souvent présents, et totalement respectueux de notre 75
 espace de soin car l'ambiance générale est tranquille. 76
 L'équipe était d'ailleurs surprise, dans les premiers 77
 temps, de la non-intervention des parents alors que 78
 l'enfant gardait presque 20 minutes un ou deux bras 79
 levés au dessus de sa tête, tenant parfois même divers 80
 objets encombrants (Fig. 4) La présence des parents 81
 enrichit l'échange et améliore la qualité de leur ac- 82
 compagnement une fois de retour à la maison. Car 83
 n'oublions pas que l'essentiel du traitement a lieu en 84
 dehors de nos cabinets et en leur présence. Les in- 85
 clure en salle de soin en fait des alliés. 86

Lorsque, malgré notre attention et l'utilisation de 87
 l'hypnose conversationnelle, notre patient reste dans 88
 l'inconfort, je lui propose volontiers une hypnose 89
 que j'aime à appeler « conversaformelle ». En effet, 90
 elle ne sera plus uniquement conversationnelle, c'est 91
 à dire basée sur une utilisation intelligente du lan- 92
 gage, elle ne sera pas formelle comme celle évoquée 93
 plus bas par exemple pour la prise en charge du 94
 bruxisme, ou de la surcharge occlusale. L'hypnose 95
 dite conversaformelle consiste à utiliser l'hypnose 96



Figure 3

Ambroise. Signes de transe : immobilité et aplatissement des traits du visage.



Figure 4

Laure ou la catalepsie distractive.

1 formelle sans nécessairement y ajouter la phase thé-
 2 rapeutique où suggestions, métaphores et phrases
 3 « subliminales » sont reines. Cette hypnose permet
 4 d’accompagner le patient vers plus de confort, pour
 5 qu’il vive le soin sans intervenir et en gêner la bonne
 6 marche. L’exemple du voyage utilisé pour le bon
 7 déroulement des empreintes entre dans cette hyp-
 8 nose conversaformelle. Une autre technique consiste
 9 à proposer aux plus jeunes de retourner sur les lieux
 10 de leur sport préféré, ou de jouer contre le meilleur
 11 joueur mondial et de gagner. « *Préfèrerais-tu jouer*
 12 *au foot pendant que je pose tes bagues ?* » Cette seule
 13 question crée une confusion propice à l’acceptation
 14 de la suite de la proposition. Et c’est la seule vraie
 15 condition au bon déroulement de la séance : de-
 16 mander l’accord de son patient reste un préalable à
 17 tout soin quel qu’il soit. Je n’ai connu qu’un refus de
 18 soin en bientôt 10 ans d’utilisation de l’outil hypno-
 19 tique, par manque d’expérience et de confiance en la
 20 technique. La résistance, on l’apprend vite, c’est bien
 21 plus celle du praticien que du patient. Nous savons
 22 tous que l’acceptation de nos plans de traitements
 23 dépend le plus souvent de notre présentation, et de
 24 la confiance que nous portons à notre pratique.

25 L’hypnose conversaformelle est si simple parfois
 26 qu’elle peut en devenir déconcertante. Encore une
 27 fois, se former est nécessaire. Lire ce texte est simple
 28 également, mais pour cela il a fallu un apprentissage
 29 pas à pas de la lecture.

30 4.3. Motivation et succions

31 Nous sommes parfois mal à l’aise devant des pa-
 32 rents trop à l’écoute de l’enfant. Mes assistantes uti-
 33 lisent au contraire cette relation pour redonner plus
 34 de pouvoir aux parents, pour qu’ils participent à la
 35 relation de soin. Elles renforcent leurs discours, ou
 36 recadrent quand c’est nécessaire. Elles connaissent
 37 l’hypnose conversationnelle qui consiste entre autre
 38 à prendre un temps d’harmonisation, à utiliser pen-
 39 sées et langage positif. Faire connaissance sans perte
 40 de temps requiert un savoir-faire. L’inconnu poten-
 41 tialise le stress, stress qui lui-même rend sourd à
 42 toute argumentation. Avec l’hypnose conversa-
 43 tionnelle, mes assistantes obtiennent un échange fluide,
 44 une écoute. Elles sont maintenant beaucoup plus à
 45 l’aise pour motiver les enfants à avoir une meilleure
 46 hygiène, une meilleure observance des consignes,
 47 mais aussi pour les aider à interrompre les succions,

les tétées, l’onychophagie, pour donner quelques 48
 exercices de rééducation de la déglutition, de la 49
 mastication, de la ventilation. Elles possèdent un vé- 50
 ritable savoir-faire qui est apprécié des enfants et 51
 de leurs parents qui réclament fréquemment leurs 52
 conseils et leur soutien. 53

54 4.4. Bruxisme, troubles articulaires 55 et glossodynie

56 Nous sommes relativement peu consultés dans 56
 le cadre de notre spécialité pour les problèmes de 57
 bruxisme, de troubles articulaires ou de glossodynie. 58
 Néanmoins, lorsque nous entrons dans l’équipe qui 59
 prend en charge ces différents problèmes, il est tou- 60
 jours plus agréable d’avoir les bons outils. J’ai récem- 61
 ment été consultée par une adulte de 52 ans pour 62
 glossodynie. Voilà maintenant deux ans qu’elle est 63
 suffisamment gênée pour avoir consulté au moins 64
 une fois par mois un soignant : généralistes, stoma- 65
 tologues, chirurgiens-dentistes, psychiatre, occluso- 66
 dontiste, car elle présente également un trouble arti- 67
 culaire et des acouphènes, biologistes et radiologues 68
 en nombre puisque tous les examens possibles ont 69
 été réalisés, scanner cérébral, IRM cérébrale, écho- 70
 graphie thyroïdienne et glandulaires, radiographies 71
 avec diverses incidences, etc. Les prescriptions nom- 72
 breuses n’ont pas donné satisfaction voire entraîné 73
 une aggravation comme avec les divers psycho- 74
 tropes qui entraînent une hyposialie. L’impatience 75
 et l’attente de cette patiente sont grandes. L’hypnose 76
 conversationnelle permet en quelques minutes de re- 77
 cueillir des informations qui ne figurent sur aucun 78
 compte-rendu : tic de tétée de langue, tabagisme, 79
 crainte d’avoir un cancer lié à cette prise de tabac... 80
 L’hypnose médicale est un outil idéal pour le trai- 81
 tement de ces trois problématiques et bien entendu 82
 également pour la prise en charge de la glossodynie 83
 et du stress qui découle de cette situation. L’ortho- 84
 dontiste est intéressé au premier chef par ce tic de 85
 tétée de langue. Et si cela reste nécessaire, un traite- 86
 ment de la classe II, division 2 permet de rétablir un 87
 environnement plus favorable pour les ATM et pour 88
 la langue. 89

90 5. Conclusion

91 Notre spécialité nous ouvre un vaste champ d’ac- 91
 tion et de compétences. Avec l’hypnose médicale, 92

1 véritable atout, nous potentialisons ce savoir-faire car
 2 elle nous permet de réaliser dans des conditions opti-
 3 males notre métier passionnant. C'est un art de pen-
 4 ser qui retentit sur la manière d'être et de faire, un
 5 véritable confort relationnel qui amène la cohésion
 6 d'équipe. Nous ne cherchons plus à convaincre nos
 7 patients, nous les motivons pour qu'ils soient non
 8 plus des patients, mais des « actients » à part entière.
 9 Notre activité est en lien étroit avec l'esthétique et
 10 nous en savons tous les conséquences sur le com-
 11 portement, la confiance et l'estime de soi. Restons les
 12 ambassadeurs du sourire. Redonnons du sens à notre
 13 exercice professionnel, à ce que l'on vit. C'est un des
 14 messages que transmet le docteur Jean Becchio [1],
 15 responsable du diplôme universitaire d'hypnose de
 16 Paris XI et avec lequel j'ai l'immense plaisir de former
 17 des confrères aujourd'hui, car l'hypnose médicale a
 18 une place au cœur de l'activité de tout soignant et
 19 par conséquent une place de choix dans notre acti-
 20 vité d'orthodontiste.

Bibliographie

- [1] Becchio J, Jousselin C. Nouvelle hypnose psychody-
namique, Ed. Desclée de Brouwer, 2009. 22
23
- [2] Cyrulnik B, Bustany P, Oughourlian J-M, André C, Janssen
T, Van Eersel P. Votre cerveau n'a pas fini de vous étonner.
Paris : Clés Albin Michel, 2012;79-99. 24
25
26
- [3] Haley J. Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erick-
son, Ed. Desclée de Brouwer, 2009. 27
28
- [4] Rainville P, Duncan GH, Price DD, Carrier B, Bushnell C.
Pain Affect Encoded in Human Anterior Cingulate But Not
Somatosensory Cortex. *Science* 1997;277:968-971. 29
30
31
- [5] Rizzolatti G, Fabbri-Destro M. The mirror system and its
role in social cognition. *Current Opinion in Neurobiology*
2008;18:179-184. 32
33
34
- [6] Rizzolatti G, Fabbri-Destro M, Cattaneo L. Mirror neu-
rons and their clinical relevance. *Nat Clin Pract Neurol*
2009;5:24-34. 35
36
37
- [7] Suarez B, Becchio J. L'hypnose, la médecine et la chirurgie.
Cerveau&Psycho 2013;58:36-41. 38
39
- [8] Zweig S. La guérison par l'esprit, Mesmer, Mary Baker-Eddy,
Freud. Ed. biblio essais 2003:25-123. 40
41
- [9] Celestin-Lhopiteau I, Thibault-Wanquet P. Guide des pra-
tiques psycho-corporelles, Ed. Masson 2006;163-166. 42
43