

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2017

N°:

THESE POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 27 OCTOBRE 2017

Par Maxime GHEVART

Né le 15.10.1992 à Boulogne-sur-Mer - France

Représentation de l'hypnose chez les patients consultant le
service d'odontologie du CHRU de Lille

JURY

Président :	Monsieur le Professeur Thomas COLARD
Assesseurs :	<u>Madame le Docteur Caroline DELFOSSE</u>
	Madame le Docteur Céline CATTEAU
	Monsieur le Docteur Thomas MARQUILLIER

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES :

T. BECAVIN	Responsable de la Sous-Section d' Odontologie Conservatrice – Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale
F. BOSCHIN	Responsable de la Sous-Section de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable de la Sous-Section d' Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable de la Sous-Section de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie légale
A. de BROUCKER	Sciences Anatomiques et Physiologiques Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable de la Sous-Section d' Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Odontologie Conservatrice – Endodontie
J.M. LANGLOIS	Responsable de la Sous-Section de Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LEGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Odontologie Conservatrice – Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin – CHRU Lille
C. OLEJNIK	Sciences Biologiques

P. ROCHER	Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
L. ROBBERECHT	Odontologie Conservatrice - Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable de la Sous-Section des Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable de la Sous-Section de Prothèses

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Aux membres du jury...

Monsieur le Professeur Thomas COLARD

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier des CSERD

Sous-Section Sciences Anatomiques et Biophysiques, Occlusodontiques,
Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur au Muséum d'Histoire Naturelle en Anthropologie Biologique

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en suis reconnaissant.

Je vous remercie grandement pour votre enseignement, et de vous être rendu disponible pour ma soutenance malgré un planning chargé. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Madame le Docteur Caroline DELFOSSE

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD
Sous-Section Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire
Responsable de la Sous-Section de Pédodontie

Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)
D.E.A Génie Biologie et Médical (option Biomatériaux)
Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales
Diplôme d'Université Strasbourg I : « Sédation consciente pour les soins bucco-dentaires »

Vous avez accepté de m'accompagner tout au long de ce travail. Veuillez trouver à travers cet ouvrage ma reconnaissance et mon profond respect. Vous avez toujours su me guider dans mes recherches lorsque j'en avais besoin. Je vous remercie pour votre confiance, vos conseils, votre rigueur, votre disponibilité et votre enseignement.

Madame le Docteur Céline CATTEAU

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD
Sous-Section Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé et Odontologie
Légale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Responsable de la Sous-Section Prévention et Epidémiologie, Economie de la Santé
et Odontologie Légale

Coordonnateur inter-région du DES de Médecine Bucco-Dentaire

Docteur de l'Université d'Auvergne – Discipline Odontologie

Master II Recherche « Santé et Populations », Spécialité Evaluation en Santé &
Recherche Clinique – Université Claude Bernard, Lyon I

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales – Université Lille 2

Formation à la sédation consciente par administration de MEOPA pour les soins
dentaires – UFR D'Odontologie de Clermont-Ferrand

Formation certifiante « Concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au
contexte de vie d'un patient » - CERFEP Lille

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter
spontanément de siéger au sein de ce jury, malgré
une demande tardive, et je vous en remercie.
Je vous exprime ici mon profond respect et ma
gratitude pour l'enseignement clinique et théorique
que vous avez-su nous dispenser durant tout notre
cursus universitaire.*

Monsieur le Docteur Thomas MARQUILLIER

Assistant Hospitalo-Universitaire des CSERD

Sous-Section Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Master II Santé Publique – Spécialisation Education thérapeutique et Education en santé

Master I recherche Biologie Santé – Mention Ethique et Droit de la santé

C.E.S d'Odontologie Pédiatrique et Prévention - Paris V

Attestation Universitaire d'Etudes Complémentaires : soins dentaires sous sédation consciente (MEOPA) – Lille 2

Formation certifiante « Concevoir et évaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient »

Je vous suis très reconnaissant pour l'enthousiasme que vous avez présenté en acceptant de siéger dans mon jury. Vous avez su lors de mes vacances cliniques de 5^e année, me faire apprécier la pédodontie grâce à votre motivation et professionnalisme. J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos espérances, et je vous prie de trouver ici l'expression de mes remerciements et de ma sincère gratitude.

Table des matières

1	Introduction	15
2	Rappels et Généralités	16
2.1	La pratique dentaire : pratique anxiogène.	16
2.1.1	Définitions	16
2.1.1.1	La Peur.....	16
2.1.1.2	L'anxiété	16
2.1.1.3	Le stress.....	17
2.1.2	Le contexte de la chirurgie dentaire	18
2.1.2.1	La point de vue du patient	19
2.1.2.1.1	De quoi les patients ont-ils peur ?	19
2.1.2.1.2	Origines de la peur et de l'anxiété des soins dentaires	20
2.1.2.1.2.1	<i>Littératures et médias</i>	20
2.1.2.1.2.2	<i>Le conditionnement</i>	21
2.1.2.1.2.3	<i>Profil du patient anxieux</i>	22
2.1.2.1.2.4	<i>La génétique ?</i>	23
2.1.2.1.3	Répercussions sur la santé bucco-dentaire	24
2.1.2.2	Le point de vue du praticien	25
2.1.2.2.1	Les sources de stress du chirurgien-dentiste	25
2.1.2.2.1.1	<i>Les nuisances au cabinet dentaire</i>	25
2.1.2.2.1.2	<i>Le patient</i>	26
2.1.2.2.1.3	<i>Les sources de stress liées à la profession</i>	27
2.1.2.2.1.4	<i>Le chirurgien-dentiste lui-même</i>	28
2.1.2.2.2	Le Burn-Out.....	28

3	L'hypnose médicale.....	30
3.1	Historique	30
3.2	Définition.....	31
3.3	Le processus hypnotique.....	31
3.3.1	Les différentes étapes du processus hypnotique	31
3.3.2	L'importance de la relation patient / praticien	33
3.3.3	Neurophysiologie de l'hypnose	33
3.4	Place de l'hypnose dans le monde médical.....	35
3.4.1	Avantages et inconvénients de l'hypnose	35
3.4.2	Hypnotisabilité	35
3.4.3	Indications	36
3.4.3.1	Les différents types d'hypnose	36
3.4.3.1.1	L'hypnosédation.....	36
3.4.3.1.2	L'hypnoanalgésie	37
3.4.3.1.3	L'hypnothérapie.....	38
3.4.3.1.4	L'autohypnose.....	39
3.4.3.2	Autres indications	39
3.4.3.3	Contre-indications.....	40
3.4.4	Pratique de l'hypnose en France.....	40
3.5	Hypnose et chirurgie-dentaire.....	41
3.5.1	Indications	41
3.5.1.1	Relaxation générale du patient.....	41
3.5.1.2	Modification de l'utilisation des anesthésiques et analgésiques	42
3.5.1.3	Contrôle du flux salivaire et sanguin.....	43
3.5.1.4	Pédodontie	44
3.5.1.5	Hypnose et mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA).....	45

3.5.1.6	Suppression du réflexe nauséux	45
3.5.1.7	Aide au contrôle de parafonction comme le bruxisme	46
3.5.1.8	Troubles de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) et douleurs chroniques	46
3.5.1.9	Le stress du chirurgien-dentiste.....	47
4	Enquête.....	49
4.1	Matériel et méthode	49
4.2	Résultats.....	53
4.2.1	Renseignements généraux du patient.....	53
4.2.1.1	Sexe et âge	53
4.2.1.2	Catégorie socio-professionnelle	53
4.2.1.3	Etat de santé	54
4.2.2	Passé dentaire des patients	54
4.2.2.1	Motif de consultation.....	54
4.2.2.2	Dernière visite chez un chirurgien-dentiste.....	54
4.2.2.3	Ressenti des patients chez le chirurgien-dentiste.....	55
4.2.2.4	Intervention sous anesthésie générale et/ou locale.....	56
4.2.3	Connaissances et opinion relatives à l'hypnose médicale.....	58
4.2.3.1	Connaissances des patients sur l'Hypnose	58
4.2.3.2	Intérêts de l'hypnose médicale en chirurgie-dentaire	59
4.2.3.3	Participation de la sécurité sociale	60
5	Discussion.....	62
6	Conclusion	68
	Références bibliographiques	70
	Table des illustrations.....	78
	Table des tableaux.....	79

1 Introduction

Malgré de multiples progrès technologiques, en matière de dépistage, de diagnostic, et de prise en charge, notamment de la douleur, la consultation chez le chirurgien-dentiste reste encore aujourd'hui source de stress et d'anxiété.

D'après une enquête IFOP/ Air Liquide Santé de mai 2012, 54% des français redoutent l'idée d'aller consulter leur chirurgien-dentiste (1).

Le patient n'est pas le seul concerné, dans le rapport de 1997 et de 2003 du Bureau International du Travail identifiant les professions les plus stressantes, les chirurgiens-dentistes arrivent en quatrième position derrière les policiers, les gardiens de prison et les pilotes d'avion (2).

Dans ce contexte, l'hypnose, pratique médicale appartenant aux médecines dites complémentaires, semble constituer une aide précieuse pour le patient mais aussi le praticien. Pourtant il s'avère que cette méthode manque actuellement de popularité au sein de la population en raison de méconnaissances et de mauvaises croyances.

Dans une première partie, après quelques rappels et généralités, nous détaillerons les différentes origines et sources d'anxiété et de stress au cabinet dentaire, à la fois pour le patient et le praticien.

Ensuite nous présenterons la pratique de l'hypnose dans le monde médical, en commençant par de brefs rappels historiques pour terminer sur les différentes applications de celle-ci en chirurgie-dentaire.

Nous poursuivrons par une étude portant sur la représentation de l'hypnose chez les patients consultant le service d'Odontologie du CHRU de Lille, afin d'évaluer les connaissances que possède cette population sur le sujet, et l'intérêt qu'elle y prête.

Enfin nous terminerons par une discussion afin d'analyser les résultats de cette étude où nous les comparerons à d'autres études antérieures.

2 Rappels et Généralités

2.1 La pratique dentaire : pratique anxio-gène.

2.1.1 Définitions

2.1.1.1 La Peur

La peur est une réponse émotionnelle normale à un stimulus externe précis : menace ou danger, indiquant que quelque chose de terrible va survenir. C'est une réponse de courte durée qui disparaît quand la situation potentiellement dangereuse est passée (3). C'est un sentiment éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé, qui pousse à fuir ou à éviter cette situation considérée comme dangereuse, pénible ou regrettable.

Différents types de peur existent :

- La peur vitale ou peur externe qui est une émotion brutale surgissant face au danger, à vocation protectrice.
- La peur psychologique ou peur interne correspondant à une représentation qui provoque une terreur nous faisant fuir devant une situation possible. Elle correspond à l'anticipation d'un danger possible.

On retrouve dans la pratique de la chirurgie dentaire la présence de plusieurs peurs universelles telles que la peur de la douleur, la peur de l'inconnu, la peur de la détresse, de la dépendance et de la perte de contrôle, la peur de l'atteinte physique et de la mutilation ou encore la peur de mourir (4). Durant l'enfance la plupart des peurs sont physiologiques, et régressent jusqu'à l'âge adulte.

2.1.1.2 L'anxiété

L'anxiété est une réponse acquise à la suite d'un vécu personnel ou rapporté par d'autres et qui ne disparaît pas rapidement. C'est un trouble émotionnel qui se manifeste par un sentiment d'insécurité associant inquiétude et appréhension (3).

Elle correspond au sentiment d'un danger imminent et indéterminé, sans commune mesure avec le stimulus, s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi et d'anéantissement (5). Les manifestations s'expriment dans le domaine physiologique, comportemental et cognitif (figure 1).

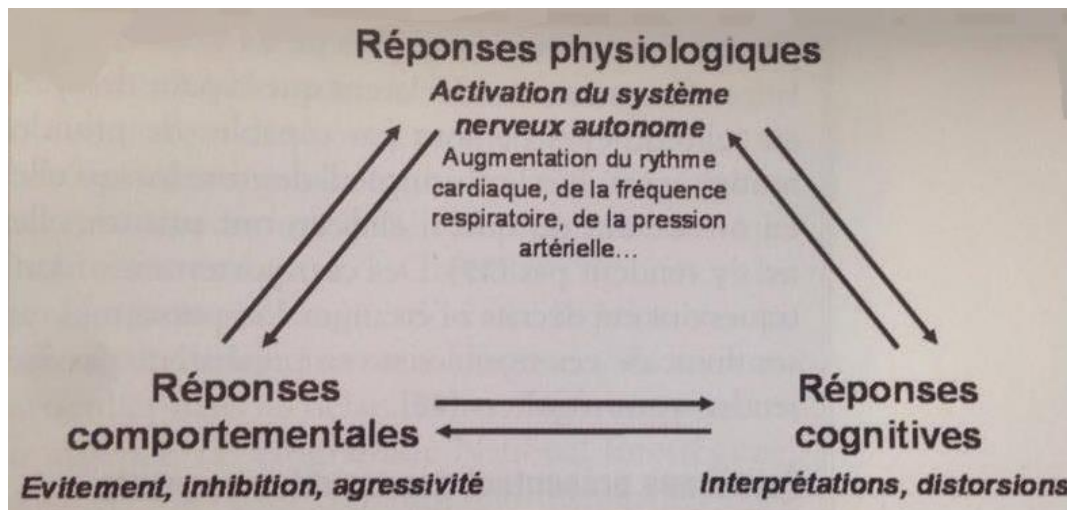


Figure 1: Le modèle cognitivo- comportemental de l'anxiété selon Lang (6)

On distingue deux types d'anxiété :

- L'anxiété état qui se définit comme un ensemble de cognitions et d'affects momentanés, consécutifs à une situation perçue comme menaçante, accompagnés d'une activation physiologique.
- L'anxiété trait, qui se définit comme une dimension de la personnalité, se référant à des différences interindividuelles dans la tendance à percevoir les situations aversives comme dangereuses ou menaçantes, et à y répondre par une élévation de l'intensité des réactions d'anxiété état (7).

2.1.1.3 Le stress

Le stress est une forme de déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement, et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face (4).

On distingue le stress aigu, survenant lors de nouvelles situations imprévues et cédant normalement en quelques jours, du stress chronique faisant surface lorsque l'exposition à des agents stressants difficilement identifiables est prolongée, et du stress post-traumatique correspondant à des reviviscences du traumatisme vécu, sous formes de flash-backs dans la journée, et de cauchemars la nuit, de manière répétitive et angoissante.

Le stress n'est pas une maladie mais peut devenir pathogène s'il est excessif ou permanent.

En effet le stress peut avoir des répercussions néfastes sur la santé, provoquant des douleurs multiples, des troubles émotionnels, des atteintes cognitives et des troubles comportementaux. Ensemble, ces symptômes sont à l'origine de l'installation de diverses maladies comme des dysfonctionnements de l'appareil locomoteur, une atteinte du système cardio-vasculaire ou encore le développement de maladies psychiques.

Le stress présente des risques pour quatre grands domaines, à savoir :

- La santé,
- L'efficacité personnelle,
- La qualité des relations à autrui,
- Le bien-être.

Il paraît donc primordial d'identifier rapidement les différentes sources de stress possible, afin d'instaurer une démarche préventive dans un premier temps, puis de mettre en place des stratégies de gestion du stress sur du plus long terme (8, 9).

Cette notion s'applique au praticien et non au patient, pour lequel nous parlons d'anxiété. Le stress caractérise l'état dans lequel le chirurgien-dentiste peut se trouver en relation avec son travail.

2.1.2 Le contexte de la chirurgie dentaire

L'anxiété vis-à-vis des soins dentaires est très fréquente dans la plupart des pays industrialisés, rendant impossible l'accès aux soins pour de nombreux patients.

Il existe différents degrés d'anxiété avec :

- L'anxiété modérée où les patients ne présentent pas une peur irrationnelle des soins, et parlent concrètement de leur anxiété en dehors des séances de soins.
- L'anxiété sévère où les capacités d'accommodation du patient sont dépassées, engendrant des réactions excessives, inadéquates et inadaptées vis-à-vis de la peur (3, 5).

La prévalence de l'anxiété vis-à-vis des soins dentaires touche 4 à 20% de la population générale des pays industrialisés (10).

Les répercussions de celle-ci sur la santé bucco-dentaire sont non négligeables et nécessitent l'intégration et la prise en charge de l'anxiété dans les plans de traitement, afin d'établir une bonne relation patient-praticien, et éviter d'aggraver la situation.

2.1.2.1 La point de vue du patient

2.1.2.1.1 De quoi les patients ont-ils peur ?

Le cabinet dentaire est encore de nos jours, perçu pour beaucoup de patients comme un milieu hostile, composé de multiples sources de peur.

La peur de la douleur reste l'une des principales craintes rapportées. Parmi les autres peurs, on retrouve la peur de la malhonnêteté à l'égard du chirurgien-dentiste, la peur de l'incompétence du thérapeute, la peur de la piqûre, la peur de la dépense onéreuse ou encore l'intrusion dans l'intime. Les causes étant donc les soins dentaires ou le soignant (4).

Dans une étude réalisée au sein de la population néerlandaise, cherchant à hiérarchiser les stimuli anxiogènes présents dans la cadre de la chirurgie-dentaire, les procédures dentaires invasives pouvant potentiellement induire des lésions et/ou douleurs tissulaires arrivent en première position. Les situations les plus inquiétantes étant avoir une chirurgie, avoir une blessure gingivale ou subir un traitement de dévitalisation. Arrivent juste après la crainte de recevoir une anesthésie insuffisante, la peur des extractions, ou encore la sensation de l'aiguille lors de l'anesthésie (11).

On comprend tout de suite l'importance de la première consultation, durant laquelle le praticien doit s'adapter au patient et essayer d'établir une relation de confiance avec lui, de prodiguer des soins sans douleurs, pour ne pas tomber dans la crainte des soins dentaires (figure 2). Puis mettre en place au plus vite des démarches de prévention.

Dans le cas d'urgences dentaires, le chirurgien-dentiste doit bannir l'idée de devoir faire souffrir le patient pour le soulager pour ne pas le faire entrer dans le cercle vicieux de la douleur. L'anesthésie doit être efficace et non douloureuse, et constituera alors le meilleur moyen de prévention dans le cas où la prévention initiale n'aura pas fonctionné.

La douleur aiguë exige une prise en charge rapide et efficace puisqu'elle est susceptible de laisser une empreinte psychique d'autant plus grande qu'elle a été prolongée (12).

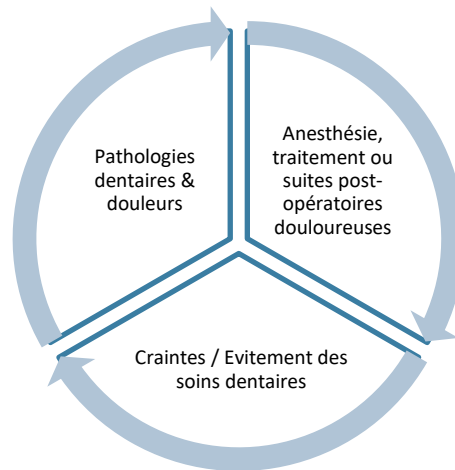


Figure 2 : La machine à pulpite (12)

2.1.2.1.2 Origines de la peur et de l'anxiété des soins dentaires

La peur et l'anxiété liées aux soins dentaires ne sont pas des faits nouveaux. Déjà durant l'Égypte ancienne, vers 1550 avant J.-C., on essayait déjà de trouver des moyens pour atténuer cette anxiété. Plusieurs siècles après pendant le Moyen Age, le fameux « arracheur de dents » de la place publique est retrouvé, pratiquant de multiples extractions sans anesthésie, suscitant de la peur, mais surtout provoquant de la douleur. Il est facile de comprendre à ce moment, pourquoi l'inconscient collectif est en train d'associer le personnage du dentiste à quelqu'un d'effrayant. Il faudra attendre l'année 1904 pour que l'association soins dentaires et douleurs commence à disparaître, grâce aux débuts de l'anesthésie locale par Alfred Einhorn et Emil Uhfelder. Pour autant, encore aujourd'hui, de nombreux patients appréhendent de consulter leur chirurgien-dentiste (4).

2.1.2.1.2.1 Littératures et médias

De nombreux grands écrivains ont participé indirectement à l'entretien de la peur du chirurgien-dentiste au travers d'écrits ou de citations. Parmi les plus connus on retrouve Voltaire avec la citation : « Je perds mes dents : je meurs en détail », association forte entre la perte d'une dent et le début d'une petite mort. Nous pouvons aussi citer Shakespeare : « Jamais ne vécut philosophe qui puisse en patience endurer le mal de dent » ; ou encore Antoine Oudin dans les *Curiosités françaises* : « Les dents du mort ne lui font plus mal », pour qui la dent est une source potentielle de douleurs atroces et insoutenables.

La littérature n'est pas le seul domaine ayant contribué à l'éveil de la crainte des soins dentaires. La peinture, le théâtre ou encore le cinéma ont fait du chirurgien-dentiste un dispensateur de douleurs. Le 7^e art a en effet donné plusieurs rôles au dentiste dans de nombreux films tels que :

- ➔ « *The Dentist* » (1996) de Brian Yuzna, racontant l'histoire d'un chirurgien-dentiste se vengeant des infidélités de sa femme au travers de diverses tortures dans la bouche de ses patients.
- ➔ « *Little Shop Of Horrors* » (1986) de Franck Oz, où l'on rencontre un dentiste perturbé exerçant sa profession dans le but de nuire.
- ➔ « *Marathon Man* » (1976) de John Schlesinger, avec une scène atroce où Dustin Hoffman subit les tortures d'un docteur chargé des expériences médicales dans les camps de concentration.
- ➔ « *Le monde de Némó* » (2003) réalisé par Andrew Stanton et Lee Unkrich, où l'on peut voir des scènes de cabinet dentaire mettant en avant le son traumatisant des rotatifs et le cri des patients (13).

2.1.2.1.2.2 Le conditionnement

Le conditionnement joue un rôle important dans le développement de la peur dentaire. Il s'effectue non seulement suite aux potentielles expériences négatives vécues au cabinet dentaire, mais aussi par les histoires et expérimentations relatées et partagées par l'entourage.

L'apparition de la peur dentaire est régulièrement attribuée aux expériences négatives durant l'enfance et l'adolescence. En effet, une mauvaise expérience chez l'enfant, lors d'une consultation dentaire, laissera une trace négative dans la mémoire du patient liée aux traitements dentaires et sera associée à la peur du dentiste.

Ainsi lors d'une visite chez le chirurgien-dentiste, les souvenirs de la mauvaise expérience passée referont surface sous forme de souvenirs intrusifs. L'anxiété dentaire est régulièrement perçue comme une conséquence iatrogène des soins dentaires par les patients.

Dans une étude réalisée en 2002 auprès d'adultes norvégiens, parmi ceux ayant une crainte élevée liée aux soins dentaires, 50% rapportent l'apparition de cette crainte durant l'enfance, 27% durant l'adolescence et 23% à l'âge adulte (14).

Il a été démontré qu'après un intervalle de temps, les patients se rappellent de leurs expériences douloureuses dentaires comme étant plus intenses qu'elles n'ont été directement après le dit traitement (15). Les souvenirs les plus anciens sont plus émotionnellement négatifs, cela implique que les expériences tôt dans l'enfance sont évoquées comme plus traumatisantes par le jeune adulte. De plus, on sait que les expériences négatives ont généralement plus d'impact que les positives.

Outre ces mauvaises expériences, il a été montré que l'entourage, et notamment les parents, sont susceptibles de transmettre de manière indirecte, leur peur aux enfants. Les adolescents ayant donc des parents peureux des soins dentaires ont plus de chance de développer à leur tour cette même peur par rapport aux autres adolescents (16).

De nombreux patients, notamment des enfants, consultant pour la toute première fois un chirurgien-dentiste, présentent un niveau d'anxiété élevé sans même avoir déjà consulté, posant la question « ça va faire mal ? » à chaque geste du praticien. Les facteurs cognitifs, notamment par le processus d'apprentissage social « vicariant », contribuent donc à la peur du dentiste. De nombreux patients très anxieux sont ainsi incapables de se rappeler un évènement pouvant expliquer leur niveau d'anxiété (17). Dans une étude réalisée par des chercheurs de l'Université Rey Juan Carlos de Madrid en 2012, l'idée que les niveaux d'intensité de la peur étaient similaires entre les parents et leurs enfants a été confirmée, et il semblerait que le père soit très influant dans la transmission de sa peur du chirurgien-dentiste aux autres membres de sa famille (18).

2.1.2.1.2.3 Profil du patient anxieux

Il n'existe pas un seul groupe de patients anxieux. En plus du conditionnement, il semblerait qu'un autre groupe de patients développerait de l'anxiété dentaire en grandissant, à cause de vulnérabilités constitutionnelles aux troubles anxieux (19). Certains patients sans crainte du chirurgien-dentiste, affirment pourtant avoir déjà eu des expériences traumatisantes. Le tempérament et les traits psychologiques du patient joueraient eux aussi, un rôle dans le développement de l'anxiété et la peur dentaire. La perception des séances de soins est subjective, propre à chacun, et provient des traits de personnalité de la personne. Il existe une association entre la perception d'aller chez le dentiste et la peur dentaire (20).

Plusieurs études rapportent une augmentation de l'anxiété chez le jeune adulte jusqu'à l'âge adulte moyen (40-64 ans) (19, 21). Cette apparition tardive de l'anxiété au début de l'âge adulte serait liée à des changements psychologiques associés à cette période de la vie. Puis on assiste à une diminution de cette anxiété à l'âge adulte « plus âgé », pour retrouver un pourcentage d'anxiété plus faible chez les personnes âgées.

Pour de nombreuses études, le sexe influencerait sur l'anxiété. Il semblerait que les femmes soient plus anxieuses que les hommes (14, 19, 21–25). Néanmoins certaines études n'ont pas trouvé de différences significatives pour les niveaux d'anxiété dentaire entre les hommes et les femmes. Cette affirmation pourrait être expliquée par le fait que les femmes ont un seuil de douleur plus faible et une tolérance moins élevée pour la douleur que les hommes, mais aussi car elles apparaissent plus ouvertes à exprimer leurs peurs que les hommes.

Ainsi, le patient anxieux aurait tendance à être un jeune adulte, de sexe féminin, de personnalité timide, demandeur d'explications, ayant eu une expérience négative chez le chirurgien-dentiste durant l'enfance, avec des parents anxieux eux aussi vis-à-vis des soins dentaires (3).

2.1.2.1.2.4 La génétique ?

Selon des études récentes, la génétique serait à prendre en compte dans l'étiologie de la peur dentaire. En effet, le gène du récepteur de la mélanocortine de type 1 (MC1R), gène responsable de la couleur des cheveux, a été déterminé comme prédicteur de la crainte dentaire, de la peur de la douleur et donc de l'évitement des traitements dentaires. Dans une étude publiée en 2009, il a été démontré que les personnes rousses ont une sensibilité plus faible à l'anesthésie par rapport aux autres, impliquant donc que ces patients sont plus susceptibles de connaître des expériences dentaires douloureuses, conditionnant ainsi leur peur de la douleur dentaire (26).

La peur de la douleur est une des composantes essentielles de la peur dentaire, de par leur interaction importante. L'expérience de la douleur oro-faciale accroît la peur de la douleur, un des facteurs causaux et de maintien de l'évolution de la peur dentaire.

Les variations génétiques du gène de la mélanocortine de type 1 joueraient donc un rôle important dans l'étiologie de la peur dentaire, en étant responsable d'une plus

grande peur de la douleur, augmentant donc la probabilité d'évitement des soins dentaires, chez les personnes rousses ainsi que les caucasiens aux cheveux bruns. Même si les facteurs environnementaux spécifiques à l'individu semblent avoir plus d'impact sur le développement de la peur dentaire (expériences antérieures, tempérament, personnalité), la génétique semble aussi y participer significativement (25, 27).

2.1.2.1.3 Répercussions sur la santé bucco-dentaire

L'anxiété et la crainte liées aux soins dentaires engendrent de nombreuses répercussions sur l'état de santé bucco-dentaire des patients, mais aussi sur leur état de santé générale. Le niveau d'anxiété influe sur l'état général de la dentition.

En effet, il a été démontré que les patients atteints d'anxiété dentaire ont plus de chance d'avoir une mauvaise santé bucco-dentaire, des lésions carieuses, des surfaces dentaires lésées, ou des dents manquantes, par rapport aux patients sans craintes (10, 14, 21, 23, 24, 28).

Ces patients redoutant l'idée de consulter leur chirurgien-dentiste, retardent le plus longtemps possible l'échéance, attendant le dernier moment pour consulter, généralement en urgence lorsque la douleur n'est plus supportable. Ils entrent alors dans le cycle de l'anxiété des soins dentaires (figure 3).

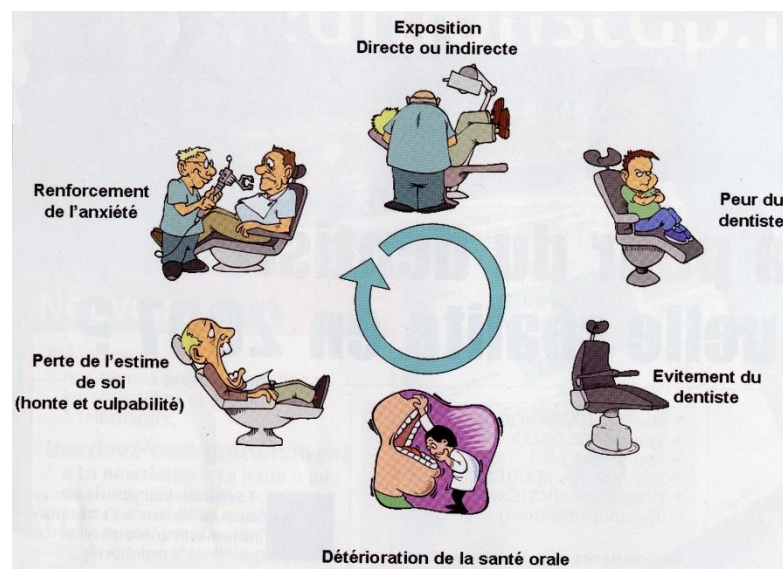


Figure 3 : Le cycle de l'anxiété des soins dentaires (6)

Parmi les personnes atteintes de peur dentaire élevée, 67,3% affirment consulter le chirurgien-dentiste uniquement dans le cadre d'une urgence, notamment pour le soulagement d'une douleur dans 72,3% des cas (17).

Il n'est pas surprenant de rencontrer certains patients consultant différents dentistes, à chaque fois dans le cadre d'une urgence.

Cette mauvaise santé orale influence l'état de santé générale, notamment en aggravant la maladie cardio-vasculaire et le diabète des patients atteints (25).

2.1.2.2 Le point de vue du praticien

Les résultats de l'enquête menée par Stéthos International en novembre 2015, sous la directive du Centre National des Professions libérales de Santé (CNPS), ont rapporté qu'environ la moitié des professionnels de santé affirment être, ou avoir été, en situation d'épuisement professionnel (29).

L'étude menée par la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD) en 2011, a rapporté que 48% des chirurgiens-dentistes se sentaient concernés par le burn-out (30). Le métier de chirurgien-dentiste semblerait propice au développement de l'épuisement professionnel.

2.1.2.2.1 Les sources de stress du chirurgien-dentiste

La pratique de la chirurgie-dentaire est considérée pour beaucoup comme la « profession de l'impossible » en raison des multiples pressions occasionnées par celle-ci, et de la difficulté d'allier vie professionnelle et vie privée, familiale.

Sur 350 chirurgiens-dentistes d'Ile de France, environ 60% témoignent de signes pathologiques de burn-out, et 10% sont dans un état d'épuisement professionnel élevé (31). Quelles sont les facteurs de la profession de chirurgien-dentiste favorisant l'installation du burn-out ?

2.1.2.2.1.1 Les nuisances au cabinet dentaire

Le travail au cabinet dentaire est exposé à de nombreuses nuisances et risques.

- Le risque biologique

L'utilisation de rotatifs créant des aérosols contenant les potentiels micro-organismes pathogènes du patient présent dans le sang et la salive, ou le contact avec des instruments ou surfaces contaminés exposent le chirurgien-dentiste à de nombreuses infections virales mais aussi aux accidents d'exposition au sang.

- Les nuisances physiques

Parmi les principales on retrouve l'exposition aux rayonnements ionisants et ultra-violet, le bruit des instruments, l'éclairage, les odeurs des produits, et les vibrations.

- Les Agents chimiques

Le chirurgien-dentiste est amené à manipuler de nombreux agents chimiques tels les métaux lourds, les alginates, les solutions antiseptiques, susceptibles d'être toxiques et irritants pour la peau et les voies respiratoires.

- Les contraintes posturales

Dans une étude de 2014, Rambabu constatait une prévalence des troubles musculo-squelettiques (TMS) de 61% chez les chirurgiens-dentistes (32).

La gestuelle précise et répétitive avec la mise en tension du dos et des poignets, ainsi que les torsions et inclinaisons du tronc infligées en s'adaptant à la position du patient pour une vision optimale dans la bouche de celui-ci, sont responsable de l'apparition de troubles musculo-squelettiques chez le praticien.

Le travail en cabinet dentaire comporte ainsi trois des dix facteurs de pénibilités décrits par la législation française du travail, à savoir l'exposition à des agents chimiques, l'exposition aux vibrations et les contraintes posturales (33, 34).

2.1.2.2.1.2 Le patient

De nos jours, les patients accordent de moins en moins leur confiance au chirurgien-dentiste et le perçoivent comme un prestataire de services. Etant de plus en plus informés, grâce notamment à internet, leur niveau d'exigence et leurs attentes générales ont augmenté, entraînant une plus grande insatisfaction lorsque le traitement ne correspond pas à ce qu'ils attendent (35). Le dentiste s'en retrouve sous la pression d'éventuels conflits et litiges à cause de cette exigence élevée. Parmi les principales attentes des patients on retrouve :

- Les compétences professionnelles,
- La convivialité,
- La communication,
- La confiance,
- Le soutien et le souci de la prévention,
- L'équipement de pointe.

Il est reconnu que les professions dépendantes de la personne, impliquées dans une relation d'aide, sont plus facilement touchées par l'épuisement professionnel (36–39). Pour beaucoup de patients, la plupart des chirurgiens-dentistes ne fournissent pas le service correspondant aux attentes. Ils sont perçus comme des dispensateurs de douleur, intéressés uniquement par l'argent. L'image du dentiste au sein de la société reste négative affectant l'activité des praticiens (40).

Outre l'exigence des patients, leur niveau d'anxiété et leur coopération sont contagieux et déteignent sur le praticien, perturbant leur pratique. Les dentistes travaillent sous le stress psychologique et émotionnel généré par leurs patients (41).

2.1.2.2.1.3 Les sources de stress liées à la profession

De nombreuses sources de stress sont rencontrées quotidiennement lors d'une journée de travail de chirurgien-dentiste. Ces « stressseurs » peuvent être regroupés en plusieurs catégories :

→ Les problèmes liés au temps

Le temps est la source de stress principale. Etre en retard dans le planning de la journée et faire attendre les patients en salle d'attente, stresse le praticien et lui procure de l'insatisfaction, et agace les patients (42).

→ Les problèmes liés aux soins et à la profession

L'obligation de formation continue permettant de se tenir au courant des dernières recommandations et nouveautés technologiques dans le but d'être toujours « au top » est considérée comme stressante par les chirurgiens-dentistes. La vitesse d'évolution de la dentisterie de plus en plus sophistiquée, oblige le professionnel à tenir à jour ses connaissances et ses compétences (40).

De manière générale, les soins délivrés en chirurgie dentaire requièrent un niveau d'attention, de précision et de concentration élevé. La bouche, milieu de travail des chirurgiens-dentistes, est un environnement confiné, dans lequel aiguilles et instruments rotatifs sont insérés, avec le risque omniprésent de blesser le patient au niveau de la gencive ou de la langue, nécessitant une rigueur irréprochable pour chaque acte thérapeutique.

→ Le côté commercial et administratif

Beaucoup de praticiens rapportent avoir des difficultés à demander les honoraires d'une séance de soin au cabinet. Ce rapport à l'argent difficile constitue une source de stress supplémentaire.

S'ajoute à cela la gestion financière du cabinet avec la comptabilité, et l'administratif, non seulement lié aux soins comme les cotations, les règlements, les devis, mais aussi lié au personnel du cabinet avec l'embauche d'une assistante, d'une secrétaire ou encore d'une technicienne de surface.

La tâche de chef d'entreprise avec sa complexité et toutes ses obligations est elle aussi stressante, d'autant plus que les chirurgiens-dentistes n'y sont que trop peu préparés pendant leur cursus universitaire (42, 43).

2.1.2.2.1.4 Le chirurgien-dentiste lui-même

La société actuelle est touchée par le culte de la perfection. Les chirurgiens-dentistes sont concernés, avec le besoin pour beaucoup de dispenser les meilleurs soins possibles en se mettant sous pression parfois inutilement, par peur du jugement des patients mais aussi surtout des confrères. Le perfectionnisme est certes reconnu comme du professionnalisme, avec un praticien ayant des exigences envers lui élevées, mais il a pour conséquence la focalisation sur les événements négatifs et les échecs. Cette recherche de la perfection parfois impossible peut provoquer trop de pressions dans le temps (40, 43).

2.1.2.2.2 Le Burn-Out

Lorsque le chirurgien-dentiste est exposé de façon continue et prolongée à tous ces facteurs de stress et pressions, s'installe alors le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out.

D'après la définition du Larousse, le burn-out est « caractérisé par une fatigue physique et psychique intense, générée par des sentiments d'impuissance et de désespoir ».

Face au stress, chaque individu réagit activement par des réponses physiologiques, comportementales ou cognitives, afin de s'adapter aux différentes contraintes de l'environnement. Chez une personne atteinte d'épuisement (notamment professionnel), ces réponses deviennent pathologiques. Le burn-out s'installe suite à l'exposition prolongée aux facteurs de stress interpersonnels chroniques liés au travail

(44). Toute l'énergie du professionnel est alors absorbée par le travail oppressant, le conduisant à une destruction psychologique personnelle, due à un état de fatigue physique, émotionnelle et mentale (2).

On distingue trois composantes dans le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, à savoir :

- ➔ L'épuisement émotionnel constituant l'élément clé pour le développement du burn-out. Le professionnel a moins d'énergie, se sent moins concerné par son travail, à cause du stress qu'il occasionne. Des déformations mentales font surface, se traduisant par des pensées négatives, de l'irritabilité ou encore de l'isolement. Les premiers signes d'épuisement émotionnel sont considérés comme des précurseurs de l'installation du syndrome d'épuisement professionnel.
- ➔ La dépersonnalisation par laquelle le praticien va développer des attitudes impersonnelles négatives, du cynisme, envers les patients, et ne plus s'impliquer dans son travail.
- ➔ La réduction de l'accomplissement personnel signifiant une baisse du sentiment d'auto-efficacité et de satisfaction, jusqu'à la diminution de l'estime de soi.

Ce modèle développé par Christina Maslach et Susan E. Jackson, est le modèle le plus utilisé dans la plupart des études actuelles portant sur le burn-out (39, 45–49).

Un profil du praticien plus susceptible d'être touché par le burn-out semble identifiable. Les chirurgiens-dentistes hommes seraient plus touchés par les problèmes de santé mentale que les femmes, et l'âge aurait un rôle bénéfique sur cette santé mentale. Les praticiens plus âgés seraient moins vulnérables à l'épuisement professionnel que les plus jeunes. S'ajoute à cela les traits de personnalités, et les heures de travail passées au cabinet. Des plannings remplis tôt le matin jusque tard le soir avec un rythme soutenu ont plus de chance de conduire à la saturation et l'épuisement (39, 40, 50).

3 L'hypnose médicale

3.1 Historique

L'hypnose n'est pas une pratique nouvelle. Des gravures de la grotte de Lascaux indiquent une utilisation de la transe chamanique durant le paléolithique, et l'on sait que dans l'Égypte ancienne elle était utilisée à des fins médicales et religieuses.

L'hypnose moderne débute avec le médecin Franz Anton Mesmer (1734-1815) fondateur de la théorie du magnétisme animal, selon laquelle il existe un fluide qui remplit l'univers, et que la maladie serait due à un déséquilibre de ce fluide chez le patient. Il sera accusé de charlatanisme par l'Académie royale de médecine.

La pratique du magnétisme devient alors difficile en France puisque interdite, impliquant son développement au Royaume-Uni.

Le docteur James Braid (1795-1860) est à l'origine du terme « hypnose » et instaure le concept de suggestion en soulignant l'importance de la relation patient/thérapeute, redonnant ainsi à l'hypnose sa légitimité médicale (51, 52).

Au milieu du XIX^e siècle, l'hypnose est autorisée sur le territoire français.

Se développent alors deux écoles en France avec l'école de grand hypnotisme de la Salpêtrière dirigée par Jean-Martin Charcot (1825-1892), et l'école du petit hypnotisme à la faculté de médecine de Nancy par Hippolyte Bernheim (1840-1919).

Bernheim avance l'idée que l'hypnose peut s'appliquer à tous les patients à l'exception des patients hystériques, alors que pour Charcot, l'unique indication de l'hypnose est le traitement des hystériques, ce qui écarta l'hypnose du champ de la pratique médicale.

En 1933 aux États-Unis, le médecin Clark Leonard Hull avance l'application clinique de l'hypnose pour le traitement de la douleur. Un de ses élèves, Milton Erickson préconise l'utilisation de métaphores pour soigner le patient et souligne l'importance de l'autohypnose (53). Il est à l'origine de l'hypnose ericksonienne qui est une hypnose centrée sur le patient, soulignant l'importance de la communication et s'aidant des ressources propres du patient, et constitue le courant le plus largement utilisé dans le domaine médical.

En 1958, *L'American Medical Association* affirme que l'hypnose peut avoir des utilisations définies et appropriées dans les cabinets médicaux et dentaires, et indique la nécessité de création de formations (54).

3.2 Définition

Actuellement, aucune définition universelle de l'hypnose n'existe, sûrement dû en parti aux différentes conceptions sur sa nature (55).

Selon Bioy, l'hypnose est « un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi » (56). L'*American Psychological Association Division* défini l'hypnose comme « un état de conscience impliquant une attention ciblée et une sensibilisation périphérique réduite caractérisée par une capacité accrue de réponse à la suggestion » (57).

Il s'agit d'un état de conscience modifiée, caractérisé par une focalisation interne, une augmentation de l'absorption mentale, une suspension relative de la conscience périphérique et une réduction de la pensée spontanée (58, 59).

L'hypnose est un phénomène naturel accessible au quotidien que nous pouvons expérimenter au travers de la lecture par exemple. Etant totalement absorbé par un livre, notre corps est présent physiquement ici, mais nous sommes ailleurs mentalement, déconnecté de la réalité qui nous entoure (60).

Le patient passe donc d'une conscience dite « critique » où il ressent les informations provenant à la fois du monde extérieur et intérieur, à une conscience « hypnotique » avec laquelle il se retrouve indifférent par rapport au monde extérieur.

3.3 Le processus hypnotique

Ce processus permet le passage d'un état d'éveil à l'état hypnotique.

3.3.1 Les différentes étapes du processus hypnotique

Une séance d'hypnose peut se résumer en trois phases :

- ➔ La phase d'induction correspondant à l'entrée dans l'état hypnotique. L'hypnothérapeute amène le sujet à faire abstraction des éléments et stimuli extérieurs pour se focaliser sur un point précis et se recentrer sur son monde intérieur, afin de se retrouver dans un état de totale relaxation permettant le renfort l'induction.
- ➔ La phase thérapeutique durant laquelle le soignant introduit des suggestions de changement et de guérison au patient.

→ La sortie de transe ou retour. Toute séance d'hypnose doit se conclure par un « retour ici et maintenant » (figure 4) (55, 61, 62).

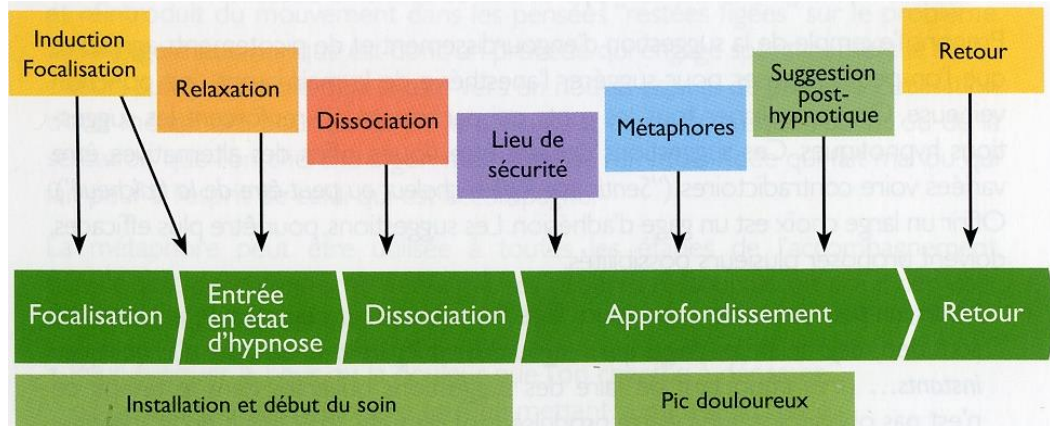


Figure 4 : Les différentes étapes d'une séance d'hypnose (62)

Durant la phase thérapeutique, le thérapeute à l'aide de suggestions, encourage un changement de concentration vers les expériences internes, et crée une dissociation au niveau du patient, correspondant à la séparation mentale des composantes de l'expérience. Le sujet se retrouve alors mentalement ailleurs, déconnecté du monde réel. Le praticien peut alors exploiter cet état de « transe » du patient pour restructurer ses pensées, croyances, perceptions, attitudes, émotions et comportements à l'aide de suggestions positives (57).

Les suggestions correspondent à des propositions, des offres d'options et non à de la manipulation.

On retrouve donc trois composantes principales :

- L'**absorption** correspondant à l'implication totale dans une expérience perceptive, imaginative,
- La **dissociation** durant laquelle le sujet a l'impression d'être ailleurs,
- La **suggestibilité** correspondant à la suspension du jugement critique (58, 63).

Après la sortie de transe, le sujet est dans un état de bien-être, avec une respiration calme et des muscles détendus, et garde un souvenir agréable de la séance d'hypnose. Une distorsion de la perception du temps est à noter (61, 64)

3.3.2 L'importance de la relation patient / praticien

La relation patient / praticien est fondamentale dans la pratique de l'hypnose, avec l'importance de la communication, et implique donc un certain temps d'apprentissage avant de pouvoir réaliser avec succès une séance d'hypnose. Lors d'une transe hypnotique, la limite entre l'hypnotiseur et l'hypnotisé devient confuse, et la mise entre parenthèse du processus cognitif du patient fait que les suggestions proposées peuvent être acceptées afin de redéfinir les sensations corporelles, les souvenirs ou émotions (55).

Contrairement aux croyances, en partie à cause de l'utilisation de l'hypnose dans le monde du spectacle, le sujet hypnotisé garde entièrement le contrôle de son comportement et peut à tout moment s'il le veut sortir de cet état hypnotique.

Le thérapeute aide le patient à accéder à ses propres ressources non accessibles en temps normal, sans altération de la conscience.

L'hypnose est donc une thérapie dans laquelle l'accent est mis sur les potentiels propres du patient (65).

3.3.3 Neurophysiologie de l'hypnose

Avec l'avènement de l'imagerie médicale, l'état hypnotique a pu être observé au niveau du cerveau, réfutant l'idée selon laquelle l'hypnose agirait comme un placebo (66).

L'activité cérébrale durant l'hypnose sous électroencéphalogramme diffère de celle durant la phase de sommeil.

Il existe différents fonctionnements d'activation du cortex sous hypnose dû au fait que d'un individu à l'autre, un souvenir agréable ne sera pas associé au même système sensoriel, à savoir la vision, le toucher, ou l'odorat par exemple.

Néanmoins certaines zones cérébrales semblent être impliquées de façon privilégiée avec :

- Le cortex cingulaire antérieur, ayant un rôle dans les processus attentionnels et le contrôle cognitif,
- Le précuneus (partie du lobe pariétal),
- Le cortex occipital,
- Le cortex temporal,
- Les aires extrastriées du cortex visuel (figure 5).

Ces zones permettent la production d'images mentales par le cerveau, et sont impliquées dans le contrôle attentionnel et cognitif.

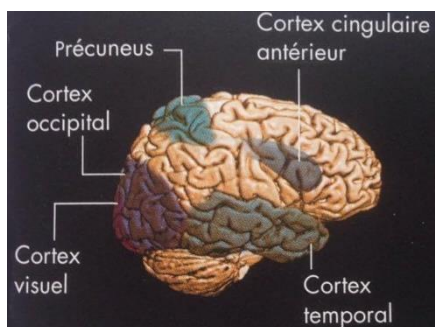


Figure 5 : Vue schématique des aires cérébrales modulées par l'hypnose (61)

Sous électroencéphalogramme, le rythme cérébral se caractérise par un modèle d'activité alpha-onde correspondant à un état de conscience apaisé. En parallèle une augmentation de l'activité thêta-onde est observée, correspondant aux ondes produites lors de l'endormissement (première phase du sommeil), ou dans un état de profonde relaxation (57, 63).

Malgré l'identification des zones cérébrales concernées, le mécanisme neurobiologique responsable de l'hypnose reste actuellement inconnu.

Toutefois, des études réalisées en imagerie ont démontré que l'hypnose agit sur le contrôle de la douleur en réduisant l'activité des principales aires de la douleur (la substance grise périacqueducule, le cortex cingulaire antérieur, l'insula et le cortex somatosensoriel) (61), et entraîne une baisse de l'activité dans le cortex pariétal médian impliqué dans la représentation du monde qui nous entoure (58).

Dans une autre étude portant sur les effets de l'hypnose sur les structures cérébrales activées dans le cas de phobies dentaires (l'amygdale, l'insula, l'hippocampe et le cortex cingulaire antérieur), l'hypothèse selon laquelle l'hypnose modifie les modèles d'activation de ces zones cérébrales a été confirmée (67).

Les régions de l'amygdale sont responsables du traitement émotionnel du contenu de la mémoire et jouent un rôle essentiel dans le traitement inconscient des menaces phobiques.

Après une induction hypnotique, il a été remarqué une diminution nette de l'activité de l'amygdale ainsi qu'une nouvelle activité dans le gyrus fusiforme ayant un effet modulateur sur l'amygdale.

Ainsi l'hypnose serait responsable d'une baisse de l'intensité dans la réponse de la peur induite par l'amygdale via l'activation de l'effet modulateur du gyrus fusiforme. Cette étude souligne donc l'efficacité de l'hypnose pour inhiber les réactions des structures de la peur ainsi que les souvenirs relatifs aux expériences désagréables.

3.4 Place de l'hypnose dans le monde médical

Malgré des débuts difficiles, la qualification de charlatanisme par certains et son utilisation répandue dans le monde du spectacle, l'hypnose présente de nombreux intérêts dans le domaine médical.

3.4.1 Avantages et inconvénients de l'hypnose

L'hypnose présente de nombreux avantages :

- Intervention non pharmacologique,
- Technique non-invasive,
- Absence d'effets indésirables,
- Technique peu coûteuse,
- Facilité de mise en place (51,68).

Même s'ils sont peu nombreux dans la littérature, l'hypnose présente quelques inconvénients :

- Il existe une grande variabilité de réponse primaire à l'hypnose,
- C'est une pratique chronophage (obligation de formation et la mise en place avec les patients peut prendre du temps),
- Difficultés de faire de l'hypnose un traitement standardisé (57).

3.4.2 Hypnotisabilité

Tout le monde n'est pas réceptif à l'hypnose et cela peut constituer un frein à l'utilisation de celle-ci.

Toutefois, il semblerait que pour une grande majorité de la population, cette technique soit applicable. En effet 80% des personnes sont hypnotisables selon la littérature (54, 61). Les enfants l'étant plus facilement que les adultes en raison de leur capacité à entrer dans l'imaginaire.

La capacité de concentration influe sur l'hypnotisabilité. Ainsi les personnes avec de très faibles capacités de concentration (handicap mental, grand trouble psychique, toxicomanie) sont moins facilement voire non-hypnotisables (54, 68).

3.4.3 Indications

3.4.3.1 Les différents types d'hypnose

3.4.3.1.1 L'hypnosédation

L'hypnosédation correspond à l'hypnose à visée sédative. Elle a pour but d'amplifier les ressources d'anxiolyse et d'analgésie chez les patients.

L'hypnose fait partie des techniques de iatrosédation, correspondant aux techniques de sédation consciente non pharmacologiques. Elle remplit tous les critères caractérisant la sédation consciente, à savoir :

- Un état de conscience du patient,
- Un début de dépression du système nerveux central et notamment du cortex cérébral entraînant une baisse des facultés intellectuelles, de la mémoire et des fonctions d'intégration ainsi que la perception du temps et de l'espace,
- Un maintien des réflexes de protection des voies aériennes permettant une ventilation normale,
- Des mouvements oculaires normaux,
- Une coopération totale du patient avec maintien des possibilités de communication, la capacité de répondre à un ordre et à donner des informations sur ce qu'il ressent,
- Une diminution de réaction aux stimuli douloureux,
- Une diminution de la notion du temps et parfois une amnésie partielle de l'acte (3).

De plus en plus utilisée en anesthésiologie, en combinant l'anesthésie locale, la sédation intraveineuse consciente et l'hypnose ericksonienne, elle permet de potentialiser l'effet des agents anesthésiants et apporte un confort considérable pour le patient. En effet des études ont rapporté que l'utilisation de l'hypnose lors d'une intervention chirurgicale diminuait considérablement l'anxiété pré-opératoire liée à l'intervention, permettant d'avoir un patient détendu lors de la phase per-opératoire. Ceci améliore les conditions de travail pour les praticiens, diminuant aussi la quantité nécessaire d'anesthésiant, et améliorant les suites opératoires avec moins de douleurs

ressenties par le patient, donc moins de consommation d'antalgiques et une cicatrisation plus rapide (65, 69).

Une autre étude portant sur la prémédication sédatrice chez les enfants avant une intervention chirurgicale a voulu comparer le midazolam (hypnotique sédatif dérivé du groupe des imidazobenzodiazépines) et l'hypnose. Les résultats de cette étude ont rapporté des niveaux d'anxiété pré-opératoires plus élevés dans le « groupe midazolam » et un nombre d'enfants anxieux moins élevé dans le « groupe hypnose » lors de l'induction de l'anesthésie. L'hypnose apparaissait donc plus efficace pour réduire l'anxiété pré-opératoire, et de plus permettait aux enfants de conserver un souvenir agréable et positif de l'anesthésie et de l'intervention chirurgicale (70).

L'hypnosédation est fortement recommandée dans certaines situations comme :

- Une intervention en neurochirurgie nécessitant une communication avec le patient,
- Lorsque les anesthésiques sont contre-indiqués (allergies ou risque pour la santé du patient),
- Lorsque le patient le désire pour toute intervention chirurgicale ne nécessitant pas nécessairement une anesthésie générale (chirurgie plastique, chirurgie thyroïdienne...) (71).

3.4.3.1.2 L'hypnoalgésie

L'hypnoalgésie correspond à l'utilisation de l'hypnose comme moyen antalgique. Elle aide le patient à puiser dans ses propres ressources pour diminuer, modifier les sensations douloureuses dans le but de transformer, d'améliorer l'expérience douloureuse (62).

Du fait de la littérature abondante quant aux effets bénéfiques de cette technique face à la douleur, l'hypnose est incluse dans les thérapies non médicamenteuses recommandées dans la prise en charge des gestes douloureux par la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer et par le dernier plan gouvernemental pour la prise en charge de la douleur (71).

La plupart des études relatives à l'hypnoalgésie, rapportent son utilisation dans la prise en charge de la douleur aiguë chez l'enfant et l'adolescent. Notamment une étude

chez des enfants présentant des blessures par brûlures montre que l'hypnose réussit à diminuer la douleur et l'anxiété, permettant une cicatrisation plus rapide et optimale par diminution de libération locale de médiateur de la douleur (68). Une autre analyse de la Cochrane Collaboration apporte de solides preuves pour l'efficacité de l'hypnose pour la douleur et la détresse liées aux injections chez les enfants et adolescents (72). Toutefois son utilisation n'est pas réservée à l'enfant, et l'hypnose s'avère efficace chez l'adulte dans la prise en charge de la douleur aiguë comme par exemple lors d'un accouchement.

En plus de la douleur aiguë, l'hypnoalgésie est aussi efficace pour la prise en charge de la douleur chronique avec les douleurs abdominales liées au syndrome du côlon irritable, ou encore les migraines, les lombalgies(...) (71).

Une étude menée auprès de personnes âgées a montré l'intérêt de l'hypnose pour la relaxation et le contrôle de la douleur chez ces patients pour qui les traitements à visée antalgique sont souvent inappropriés ou inefficaces en raison de la modification du métabolisme à cause du vieillissement (73).

3.4.3.1.3 L'hypnothérapie

L'hypnothérapie correspond à l'hypnose à visée psychothérapeutique. Elle est indiquée dans les troubles anxieux, les phobies, les psychotraumatismes ou encore les troubles de l'humeur.

La place de l'hypnose en psychiatrie est plus difficile à trouver, elle est utilisée dans la majorité des cas pour les troubles anxieux (66,74).

On retrouve parmi les troubles anxieux :

- Le troubles panique (avec ou sans agoraphobie),
- L'agoraphobie sans attaque de panique,
- Les phobies spécifiques,
- Le trouble d'anxiété sociale ou phobie sociale,
- Le trouble obsessionnel compulsif,
- Le syndrome de stress post-traumatique,
- Le syndrome d'anxiété aigu,
- Le trouble d'anxiété généralisé,
- Le désordre d'anxiété non spécifique (75).

Pour ces différents troubles, le traitement de première intention est la thérapie cognitivo-comportementale, méthode fondée sur l'apprentissage de nouveaux comportements à partir de pensées plus adéquates, dans le but de remplacer les comportements inadaptés issus d'expériences antérieures.

L'hypnose serait avantageuse pour la gestion de situations de stress, ou d'anxiété contextuelle, moins intenses et éphémères en alternative aux prescriptions médicamenteuses (antidépresseurs pour la plupart) et aux processus courant de relaxation (76).

Que ce soit pour la sédation, la douleur ou la psychothérapie, l'hypnose est efficace et trouve sa place en tant que complément plutôt qu'alternative aux autres thérapies existantes, permettant de potentialiser les effets des différentes techniques.

3.4.3.1.4 L'autohypnose

Selon Godin, l'autohypnose est « un phénomène équivalent de l'hypnose, mais obtenu sans le concours d'autrui ». Il distingue :

- L'autohypnose primaire plaçant le sujet dans une démarche active faisant intervenir autrui sur le plan imaginaire,
- L'autohypnose secondaire qui consiste à retrouver l'état hypnotique atteint lors d'une séance classique durant laquelle le thérapeute a suggéré la possibilité de réinduction de cet état (56).

Elle correspond à l'apprentissage du patient par le thérapeute à ressentir ses propres capacités de changement et à induire une transe-hypnotique lui-même (71).

Cette pratique de l'hypnose place le patient au premier plan et devient un véritable acteur de sa santé et gagne en autonomie.

Elle permet la gestion du stress, l'amélioration de l'estime de soi, la gestion de la douleur pour les pathologies et syndromes chroniques, la gestion des douleurs aiguës, le traitement des troubles du comportement et la prise en charge de l'anxiété.

3.4.3.2 Autres indications

Outre les principales indications présentées ci-dessus, l'hypnose présente un intérêt dans d'autres domaines comme :

- Les troubles physiologiques et comportementaux (obésité, addictions dont l'arrêt du tabagisme, problèmes alimentaires...),

- La dermatologie,
- Les pathologies viscérales,
- Les soins palliatifs,
- La gestion du stress.

3.4.3.3 Contre-indications

La liste des contre-indications à l'utilisation de l'hypnose est courte. On retrouve :

- Les troubles psychotiques aigus (troubles délirants, schizophrénie...),
- La paranoïa (74).

3.4.4 Pratique de l'hypnose en France

L'hypnose est considérée comme une thérapeutique non conventionnelle. Actuellement il n'existe pas de cadre légal précis encadrant la pratique de l'hypnose, en raison notamment de la difficulté de définir le statut d'hypnothérapeute car les formations sont diverses (universitaire, associatif ou milieu privé), et ne font pas l'objet d'une uniformisation. La question de leur reconnaissance pouvant alors se poser.

En France pour la formation à l'hypnose il existe :

- 1 Diplôme d'Etude Supérieure Universitaire à l'université d'Aix-Marseille,
- 1 Diplôme Interuniversitaire à l'université de Bretagne occidentale et de Bourgogne,
- 12 Diplômes Universitaires au sein des universités de Bordeaux, Bourgogne, La Réunion, Lille, Limoges, Montpellier-Nîmes, Nantes, Nice Sophia Antipolis, Paris 6, Paris 11 (deux DU), et Toulouse,
- De nombreux instituts de formations privées comme l'Institut Français d'Hypnose (IFH), l'Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale (AFEHM) ou encore la formation Hypnoteeth (...).

Il existe un code dans la CCAM (classification commune des actes médicaux) à savoir ANRP001 correspondant à une « séance d'hypnose à visée antalgique ».

Toutefois l'assurance maladie ne prend pas en charge ce type de soin.

Certaines mutuelles proposent un remboursement partiel pour les séances d'hypnose (74).

Malgré les nombreux domaines d'application de l'hypnose dans le monde médical trouvés dans la littérature, un nombre trop restreint d'indications est retenu par les institutions françaises médicales en raison du nombre limité d'études et du manque de preuves nécessaires. D'autres études supplémentaires sont obligatoires afin d'élargir le champ d'indications de l'hypnose reconnu par ces institutions.

La Haute Autorité de Santé (HAS) indique le recours à l'hypnose uniquement pour :

- La prise en charge de la douleur aiguë ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans,
- Le syndrome fibromyalgique de l'adulte au vu des recommandations américaines et anglaises la plaçant au 2^e niveau de prise en charge (66).

Dans son rapport sur les thérapies complémentaires, l'Académie Nationale de médecine souligne que l'hypnose a un intérêt pour :

- La prise en charge de la douleur aiguë de l'enfant et de l'adolescent,
- La prise en charge des effets secondaires des chimiothérapies anticancéreuses (77).

Dans une étude faisant le bilan sur l'utilisation de l'hypnose au sein des différents centres hospitaliers universitaires de France, tous pratiquaient l'hypnoalgésie, 67% l'hypnosédation et 40% l'hypnothérapie (66).

3.5 Hypnose et chirurgie-dentaire

Comme vu précédemment, la consultation chez le chirurgien-dentiste est source potentielle d'anxiété voire de phobie, d'éventuelles douleurs pour le patient mais aussi source de stress pour le praticien. Le recours à l'hypnose peut être une aide précieuse face à de telles situations.

3.5.1 Indications

3.5.1.1 Relaxation générale du patient

L'hypnose est un outil précieux permettant la réduction de l'anxiété préopératoire retrouvée chez les patients anxieux. A l'aide de suggestions hypnotiques il est possible

de détendre le patient, le rendre plus coopérant, améliorer son état post-opératoire et ainsi modifier son expérience de la consultation chez le chirurgien-dentiste.

Grâce à l'hypnose il est possible de reprogrammer les comportements des patients, leur permettant de surmonter leurs pensées négatives et peurs (51).

Le contrôle de la peur et l'anxiété constitue l'une des principales utilisations de l'hypnose en chirurgie dentaire.

Dans une étude cherchant à connaître le ressenti de patients pour qui une de leur dent a été extraite à l'aide de l'hypnose, plus de 75% ont trouvé que l'hypnose était une technique agréable et plus de 80% pensent qu'elle a été responsable d'une réduction de leur anxiété liée à l'intervention (78).

Une autre étude portant sur l'anxiété liée à l'anesthésie (peur des aiguilles) chez les enfants a montré que les scores d'anxiété durant l'induction anesthésique étaient significativement plus faibles dans le groupe ayant bénéficié d'hypnose par rapport à l'autre groupe sans hypnose (79).

L'hypnose est donc bénéfique en tant qu'intervention adjuvante pour diminuer l'anxiété préopératoire et per-opératoire. Combinée aux techniques classiques de gestion du comportement, elle constitue un outil permettant d'aider le patient à se détendre rendant le travail du chirurgien-dentiste plus optimal et efficace (80).

3.5.1.2 Modification de l'utilisation des anesthésiques et analgésiques

L'anesthésie en chirurgie dentaire reste aujourd'hui pour beaucoup de patients la principale source d'anxiété liée aux soins. Dououreuse pour certains, elle peut être désagréable et contraignante avec l'engourdissement qu'elle provoque, et les possibles blessures par morsure à cause de la durée de son action (81).

L'hypnose permet non seulement de réduire l'anxiété liée aux aiguilles, mais aussi de réduire la quantité d'anesthésique nécessaire afin de réaliser certains soins dentaires, en augmentant le seuil de la douleur et en modifiant l'expérience de la douleur.

Une étude comparant le vécu de patients subissant une extraction dentaire soit sous anesthésie locale seule, ou avec hypnose a démontré que 91,7% des patients du groupe « hypnose » n'ont ressenti aucune douleur durant l'intervention alors que

33,3% du groupe « anesthésie locale » ont signalé une douleur durant la procédure (82).

L'hypnose permet donc une réduction de la quantité d'anesthésie nécessaire, et améliore le ressenti et le confort des patients. Plusieurs études relèvent que les patients soignés sous hypnose consomment moins d'antalgiques à la suite de l'intervention et décrivent les douleurs liées à l'intervention comme plus faibles en per et post-opératoire (81, 82).

Il est ainsi possible de limiter certaines complications liées à l'anesthésie locale comme les douleurs post-injection, les lésions nerveuses temporaires et durables, ou encore les lésions vasculaires provoquant des hématomes ou des nécroses au niveau de la muqueuse buccale.

Certaines pathologies contre-indiquent l'utilisation de vasoconstricteurs dans l'anesthésie comme le phéochromocytome, ou encore une irradiation supérieure à 40 grays dans la zone concernant l'anesthésie. D'autres maladies préconisent une diminution de la quantité d'adrénaline contenue dans l'injection comme par exemple l'hypertension artérielle. Même si les cas sont rares, les réactions allergiques aux anesthésiques locaux existent.

L'utilisation de l'hypnose en tant qu'adjuvant ou même en substitution peut donc s'avérer utile chez certains types de patients.

3.5.1.3 Contrôle du flux salivaire et sanguin

De nombreux soins en chirurgie dentaire nécessitent une isolation vis-à-vis de la salive. Le collage de résine composite ne tolère pas la moindre exposition salivaire sur la surface à coller, et le traitement canalaire réalisé pour dépulper une dent se doit d'être à l'abri de la salive afin de ne pas la contaminer et compromettre le succès du traitement.

En plus de gêner la réalisation de certains actes dentaires, la salive est aussi gênante pour les patients. Devant rester la bouche grande ouverte durant la réalisation des soins afin de ne pas gêner le praticien, la déglutition peut s'avérer parfois difficile, empêchant donc le maintien de cette position trop longtemps.

Malgré de nombreux moyens mis à disposition des praticiens comme les cotons salivaires, la digue ou les systèmes d'aspiration, ceux-ci ne suppriment pas la production de la salive et s'avèrent parfois inefficaces dans certaines situations.

Dans un article de 2014, Satzl et al ont montré que les suggestions hypnotiques permettaient une baisse significative du flux salivaire, favorisant une réduction de l'humidité de la cavité buccale en combinaison avec les techniques conventionnelles. Cette diminution de la salivation apporte un confort supplémentaire pour le praticien et le patient (84).

Tout comme la salive, le flux sanguin peut être régulé grâce à l'hypnose. Dans la même étude portant sur l'effet de l'hypnose lors d'une extraction dentaire, un nombre moins important d'hémorragies a été retrouvé dans le groupe soigné à l'aide de suggestions hypnotiques.

L'anxiété pouvant provoquer ou aggraver une attaque hémorragique, le recours à l'hypnose lors de chirurgies dans la cavité buccale afin de détendre le patient, aide à contrôler les saignements liés à l'acte, en particulier chez les individus présentant des troubles de la coagulation (hémophiles) et ceux sous traitement fluidifiant le sang (traitement par antiagrégant plaquettaire, antivitamine K, ou encore les nouveaux anticoagulants oraux) (81, 84).

3.5.1.4 Pédodontie

La prise en charge des enfants en chirurgie dentaire reste pour beaucoup de praticiens une tâche difficile à cause du haut niveau d'anxiété retrouvé chez beaucoup de petits patients.

L'hypnose constitue une aide précieuse pour le traitement de ce type de patient chez qui la suggestibilité et l'hypnotisabilité sont élevées.

Tout d'abord par une communication adaptée avec un langage positif, faisant appel à l'imaginaire du patient, l'hypnose conversationnelle peut entraîner une transe légère chez l'enfant.

On a vu précédemment que l'hypnose constituait une bonne technique de prémédication, et était plus efficace pour réduire l'anxiété préopératoire et les troubles

du comportement chez les enfants les jours suivant l'intervention, par rapport au midazolam (70) (cf. 3.4.3.1.1 *L'hypnosédation, p.36*).

3.5.1.5 Hypnose et mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA)

L'hypnose présente un grand intérêt en association avec le MEOPA, mélange anxiolytique procurant une analgésie de surface.

Il est largement utilisé en chirurgie dentaire pour :

- Les patients, enfants ou adultes, présentant une anxiété modérée à sévère vis-à-vis des soins dentaires chirurgicaux et non chirurgicaux,
- Les patients dits à risque sur un plan médical et dont les soins (chirurgicaux ou non chirurgicaux) doivent être réalisés sous sédation pour prévenir toute exacerbation de leur pathologie sous-jacente,
- Les patients mentalement déficients et/ou patients présentant des comportements interférant sur le bon déroulement des soins (3).

Principalement utilisé en pédiatrie, cette association permet à l'enfant de se concentrer plus facilement sur autre chose et d'obtenir rapidement une dissociation.

Elle permet à l'enfant de vivre différemment la séance de soin, supprimant ses appréhensions pour les rendez-vous futurs (86).

La combinaison MEOPA et hypnose en soin dentaire permet dans de nombreux cas de se passer de l'emploi de l'anesthésie générale, avec un taux de succès de 95%, faisant d'elle une technique plus efficace et plus confortable que le MEOPA seul (87–89).

3.5.1.6 Suppression du réflexe nauséux

Certains patients au cabinet dentaire ne supportent pas l'introduction d'instruments en bouche, leur provoquant des haut-le-cœur, rendant parfois impossible tout type de soins bucco-dentaire.

La consultation chez le chirurgien-dentiste est alors vécue comme un véritable calvaire, accompagné d'une appréhension à chaque nouveau rendez-vous.

La plupart des articles portant sur la place de l'hypnose en chirurgie-dentaire, signalent son indication pour supprimer le réflexe nauséux (57,80). Cependant, peu d'entre-elles prouvent son efficacité au travers d'études.

Un article de 2016 décrit le cas clinique d'un patient atteint de réflexes nauséux sévères chez qui le problème a été résolu en trois séances d'hypnose, lui permettant ainsi la réalisation de soins sans aucune gêne (90).

3.5.1.7 Aide au contrôle de parafonction comme le bruxisme

Le bruxisme est une parafonction correspondant à des mouvements répétés et inconscients de friction des dents. Il survient le plus souvent pendant le sommeil et engendre une usure prématurée des surfaces dentaires, des troubles articulaires, des douleurs musculaires et une perte de dimension verticale, des sensibilités dentaires ou même encore des céphalées.

L'une des principales causes du bruxisme est l'anxiété.

Une étude cas-témoin réalisée par Clarke et Reynolds souligne un important soulagement des symptômes liés au bruxisme grâce à l'hypnothérapie (91).

Dans un autre rapport, une patiente en échec de traitement par gouttière nocturne, a vu disparaître son bruxisme et ses symptômes grâce à l'hypnose (92).

En effet l'hypnose, relaxant le patient, favorise la relaxation musculaire et peut supprimer les automatismes à l'origine du bruxisme.

3.5.1.8 Troubles de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) et douleurs chroniques

Les troubles de l'ATM correspondent à la non coordination dans les mouvements entre l'articulation droite et l'articulation gauche, provoquant le déplacement du disque articulaire séparant la mandibule de la base du crâne, empêchant ainsi un fonctionnement homogène et équilibré des deux articulations.

Ils sont régulièrement associés à des douleurs au niveau de l'articulation et/ou dans les tissus environnants, une limitation de l'ouverture buccale (trismus) et à des claquements et/ou craquements au niveau de l'articulation pendant les différents mouvements de la mandibule.

Ce déséquilibre est à l'origine de plusieurs désagréments tels que des douleurs chroniques quotidiennes, des difficultés à la mastication, des migraines ou encore des troubles du sommeil.

Nous avons déjà vu précédemment que l'hypnose présentait un intérêt dans la prise en charge de la douleur chronique (cf. 3.4.3.1.2 *L'hypnoalgésie*, p.37)

Il semblerait que grâce à la relaxation, l'hypnose permettrait une diminution de la tension musculaire présente aux alentours de la mandibule, réduisant ainsi la douleur quotidienne engendrée par le déséquilibre de l'ATM, améliorant l'amplitude d'ouverture maximale et la sensibilité musculaire (93).

Une étude cas/témoin portant sur les effets de l'hypnose chez les patients atteints de troubles de l'ATM montre que celle-ci réduit les scores de douleurs de 50,4% dans le « groupe hypnose » et souligne le bénéfice des suggestions hypnotiques permettant aux patients de réinterpréter leurs sensations douloureuses une fois les séances d'hypnose terminées. Par l'apprentissage de l'autohypnose grâce à des suggestions proposées par le thérapeute, les patients sont capables de moduler leur perception de la douleur au fil du temps (94).

Une autre étude concernant les douleurs oro-faciales chroniques idiopathiques, montre une réduction statistiquement significative des scores de douleurs chez les patients atteints, avec une baisse de la consommation d'antalgique et une amélioration de la qualité de sommeil (95).

Malgré la faible qualité des preuves avancées dans ces différents articles, l'hypnose semble pouvoir participer à la prise en charge des douleurs liées aux troubles de l'ATM ou des douleurs oro-faciales chroniques, en parallèle aux thérapeutiques conventionnelles. Néanmoins d'autres études supplémentaires seraient nécessaires pour venir appuyer ces différentes affirmations.

3.5.1.9 Le stress du chirurgien-dentiste

Nous avons vu précédemment que la pratique de la chirurgie dentaire pouvait être source de stress de différentes manières pour le praticien (cf. 2.1.2.2 *Le point de vue du praticien*, p.24).

Rappelons que le stress survient lorsque l'individu n'est plus capable de se procurer des solutions adaptées pour faire face aux situations stressantes. L'épuisement professionnel pouvant survenir alors tant que l'atmosphère stressante perdure et qu'aucune bonification n'apparaît.

Différentes études ont été réalisées dans des services de soins hospitaliers ayant la réputation d'être stressants afin d'évaluer le bénéfice de la pratique de l'hypnose dans ces services.

Au sein d'un service d'anesthésiologie, il a été montré que la pratique de l'hypnose augmenterait l'accomplissement personnel des soignants, et diminuerait la prévalence de burnout (96).

Dans un autre service de soin de patients brûlés, il a été trouvé que l'hypnose a amélioré la collaboration interdisciplinaire dans le service, avec une modification positive du comportement des soignants. Un sondage au sein de l'équipe a montré que 64% du personnel ont trouvé que l'hypnose était bénéfique pour le soulagement de son propre stress.

De plus il a été démontré que l'hypnose était capable de réduire de manière indirecte le stress de l'équipe soignante lorsque celle-ci s'en servait auprès des patients pour les soins (97).

Enfin une dernière étude cherchant à savoir si une intervention hypnotique enregistrée sur un CD réduirait les niveaux de stress et améliorerait les stratégies d'adaptation, a trouvé que l'expérience de stress et l'épuisement ont diminué chez les individus participant à l'étude, et que leur bien-être et santé mentale en ont été améliorés (98).

Les techniques hypnotiques sembleraient ainsi atténuer l'expérience de stress et avoir un effet positif sur le bien-être.

L'intégration de l'hypnose au sein du cabinet dentaire pourrait avoir les mêmes effets auprès du chirurgien-dentiste et du personnel. De plus, l'apprentissage de l'autohypnose pourrait aider le praticien à diminuer son stress quotidien, améliorer son bien-être et augmenter son accomplissement personnel, afin d'éviter de rentrer dans une phase d'épuisement professionnel.

De nombreuses études ont été réalisées sur l'hypnose, afin de mieux comprendre son fonctionnement, son champ d'application ou encore ses effets. Un très faible nombre d'entre-elles se sont penchées sur le regard que peut avoir le grand public à propos de cette technique.

C'est pourquoi il nous est paru intéressant de mener une étude afin de savoir comment et dans quelles circonstances les patients connaissent l'hypnose.

4 Enquête

4.1 Matériel et méthode

Cette enquête repose sur l'analyse des réponses à un questionnaire (figure 6) remis aux patients consultant en première consultation dans le service d'odontologie du CHRU de Lille.

L'étude s'est déroulée de fin septembre à début décembre 2016.

Pour plus de simplicité, il a été convenu de n'inclure que des adultes (18 ans et plus) dans cette étude.

Le déroulement de l'enquête s'est effectué en salle de première consultation dans le service d'odontologie du CHRU de Lille. Ce service est apparu comme le plus adéquat étant donné que tout nouveau patient avec tout type de motif de consultation doit y faire passage avant d'être orienté vers les salles de soins adaptées. Ceci évitant certains biais dans les réponses au questionnaire.

Etant donné le caractère totalement anonyme du questionnaire, la déclaration CNIL n'a pas été nécessaire.

Un questionnaire de 10 questions a été élaboré pour la réalisation de l'étude.

REPRESENTATION DE L'HYPNOSE CHEZ DES PATIENTS CONSULTANT LE SERVICE D'ODONTOLOGIE DU CHRU DE LILLE

Sexe : M F **Age :** **Catégorie socio-professionnelle :**

- 1) **Avez-vous des problèmes de santé ?** OUI NON
Si oui lesquels ?.....
.....
- 2) **Quel est votre motif de consultation au sein du service d'Odontologie ?** *Cochez la bonne réponse :*
 Douleurs
 Bilan/Soins à réaliser
 Autre
- 3) **A quand remonte votre dernière consultation chez un chirurgien dentiste ?**.....
Quelle en était la raison ?.....
.....
- 4) **Lorsque vous consultez le chirurgien dentiste, comment vous sentez-vous ?** *Cochez la bonne réponse :*
 relaxé(e)
 quelque peu mal à l'aise
 tendu(e)
 anxieux(se)
 tellement anxieux(se) que vous transpirez et êtes physiquement mal
- 5) **Avez-vous déjà subi une intervention sous :** anesthésie locale anesthésie générale ?
Si oui pour quelle(s) raison(s) ?.....
.....
- 6) **Quel est votre ressenti par rapport à cette intervention ?** *(agréable, désagréable, stressant, compliqué)*
.....
.....
- 7) **Avez-vous déjà entendu parler de l'hypnose ?** OUI NON
Si oui, à quelle occasion ?.....
.....
- 8) **Savez-vous qu'il existe différents types d'hypnose : l'hypnose de spectacle / l'hypnose médicale ? Sauriez-vous définir les différences ?** ⁽¹⁾ OUI NON
Si oui, expliquez :.....
.....
- 9) **Selon-vous, l'hypnose médicale présenterait-elle un bénéfice lors des soins dentaires ?**
 OUI NON
Justifiez :.....
.....
- 10) **La non prise en charge par la sécurité sociale d'une séance de soin sous hypnose constituerait-elle un frein pour vous ?** OUI NON
Pourquoi ?.....
.....

⁽¹⁾ L'hypnose de spectacle correspond à un état modifié de conscience mis en évidence par des mises en scène où « l'hypnotiseur » semble avoir un contrôle absolu des « sujets » auxquels il peut faire faire n'importe quoi (shows télévisés, spectacles...). L'hypnose médicale est aussi un état modifié de conscience dans lequel est mis le patient pour faciliter la réalisation d'un geste médical. Le praticien peut y avoir recours pour aider le patient à se détendre, à surmonter les gênes que peuvent provoquer certains actes médicaux.

Figure 6 : Questionnaire de l'étude

Le questionnaire comporte 6 questions sur les renseignements généraux du patient, et 4 sur l'hypnose.

Il était demandé aux patients d'indiquer leur sexe, âge et profession, à laquelle était ensuite attribué un numéro en fonction de la catégorie socio-professionnelle correspondante.

Les différentes catégories socio-professionnelles sont les suivantes :

1. *Agriculteur, artisan, commerçant, chef de petite entreprise*
2. *Profession libérale, cadre supérieur, cadre A de la fonction publique*
3. *Employé, ouvrier, catégorie C et D de la fonction publique*
4. *Etudiant*
5. *Demandeur d'emploi*
6. *Retraité*
7. *Autres personnes sans activité professionnelle*

La question 1 porte sur l'état de santé général du patient, et la question 2 indique le motif de consultation du patient.

Les motifs de consultation ont été rassemblés en trois catégories afin de simplifier le recueil des données :

- Douleurs
- Bilan / soins à réaliser
- Autre.

Les questions 3, 4, 5 et 6, relatives au passé dentaire des patients, ont pour but de mettre en évidence une éventuelle anxiété liée à la consultation chez le chirurgien-dentiste. La question 4 est tirée du test de Corah portant sur l'anxiété relative aux soins dentaires.

L'échelle de Corah se compose de quatre questions à choix multiples (5 propositions à chaque fois) relatives à des situations dentaires. Le patient choisit la réponse correspondant le plus à son ressenti par rapport à ces situations.

Les scores vont de 4 à 20, avec différents niveaux d'anxiété en fonction du résultat :

- Score < 8 : absence d'anxiété,
- Score entre 9 et 12 : anxiété modérée,
- Score entre 13 et 14 : anxiété élevée,
- Score entre 15 et 20 : phobie.

Cette échelle de mesure de l'anxiété dentaire est, de par son utilité et fiabilité, utilisée dans de nombreuses études épidémiologiques, et la recherche clinique (99,100).

De plus, il a été montré que l'utilisation d'une unique question relative à l'anxiété permettait l'obtention d'une mesure fiable de celle-ci (101).

Concernant le ressenti des patients par rapport à l'intervention sous anesthésie locale et/ou générale (question 5 et 6), le questionnaire ayant été rempli dans le cadre d'une consultation au sein du service d'odontologie du CHRU de Lille, la majorité de l'échantillon a répondu à cette question par rapport à l'anesthésie locale, certains exprimant tout de même une différence entre l'anesthésie locale et l'anesthésie générale.

Enfin les questions 7, 8, 9 et 10 concernent l'hypnose.

Pour la question 7, un patient ayant la possibilité d'entendre parler de l'hypnose à différentes occasions, plusieurs réponses étaient possibles.

La question 8 demande au patient s'il est au courant de l'existence de différents types d'hypnose, notamment l'hypnose de spectacle et l'hypnose médicale, et s'il est capable de définir les différences entre elles. Si à cette question, le patient répondait « non », une mention à la fin du questionnaire lui expliquait les grandes différences entre ces deux types d'hypnose, lui permettant ainsi de répondre à la question 9.

Certains patients ont donné plusieurs avantages que pourrait apporter l'hypnose lors de soins dentaires, expliquant ainsi le nombre de réponses supérieures au nombre de patient ayant répondu que l'hypnose médicale est bénéfique en chirurgie dentaire.

Pour terminer, la question 10 demande au patient si la non-participation de la sécurité sociale pour une séance de soin sous hypnose constituerait un frein pour l'expérimentation d'une telle séance.

4.2 Résultats

Durant les deux mois d'enquête, soixante-huit questionnaires ont pu être remplis.

4.2.1 Renseignements généraux du patient

4.2.1.1 Sexe et âge

Sur les 68 patients questionnés, 37 sont des femmes et 31 des hommes, soit 54,41% de femmes pour 45,59% d'hommes.

La moyenne d'âge de l'échantillon est de 45,65 ans, avec le patient le plus jeune ayant 18 ans et le plus âgé 77 ans. La moyenne d'âge des hommes est de 42,48 ans, tandis que celle des femmes est de 48,3 ans.

4.2.1.2 Catégorie socio-professionnelle

La répartition de l'échantillon en fonction des catégories socio-professionnelles est présentée dans la figure 7.



Figure 7 : Répartition des différentes catégories socio-professionnelles

Sur les 68 patients, 1 seul appartient à la catégorie socio-professionnelle numéro 1 (soit 1,47% de l'échantillon) ; 4 appartiennent à la catégorie numéro 2 (5,88%) ; 36 sont des employés ou ouvriers (52,94%) ; 4 des patients sont étudiants (5,88%) ; 4 sont demandeurs d'emploi (5,88%) ; 11 sont retraités (16,18%) ; et enfin 8 patients n'ont pas d'activité professionnelle (soit 11,77% de l'échantillon).

4.2.1.3 Etat de santé

A la question « Avez-vous des problèmes de santé ? », 29 patients ont coché la case « oui » (42,65%) tandis que les 39 autres (57,35%) affirment n'avoir aucun problème de santé particulier.

4.2.2 Passé dentaire des patients

4.2.2.1 Motif de consultation

Après l'analyse des données, dans 20,59% des cas, le motif de consultation était la douleur (14 patients), 76,47% un bilan ou des soins à réaliser (52 patients) et enfin 2,94% un autre motif (2 patients) (figure 8). Ces deux autres motifs sont : une demande esthétique et une prothèse dentaire qui n'est plus adaptée.

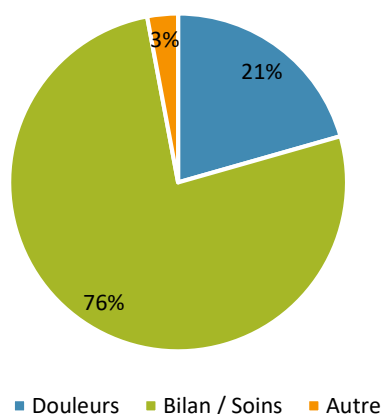


Figure 8 : Motifs de consultation

4.2.2.2 Dernière visite chez un chirurgien-dentiste

Concernant le délai depuis la dernière consultation chez un chirurgien-dentiste, seulement 5 patients ont rendu visite à un chirurgien-dentiste il y a moins d'un mois (soit 7,35% de l'échantillon) ; 29 il y a moins d'un an (42,65%) ; pour 11 patients la dernière consultation remonte entre 1 et 2 ans (16,18%) ; 16 entre 2 et 5 ans (23,53%) ; 3 ont attendu entre 5 et 10 ans pour consulter à nouveau (4,41%) ; et enfin 4 patients ont mis plus de 10 ans (5,88%) (figure 9).

Pour 34 patients, soit la moitié de l'échantillon, la dernière consultation remonte à plus d'un an.

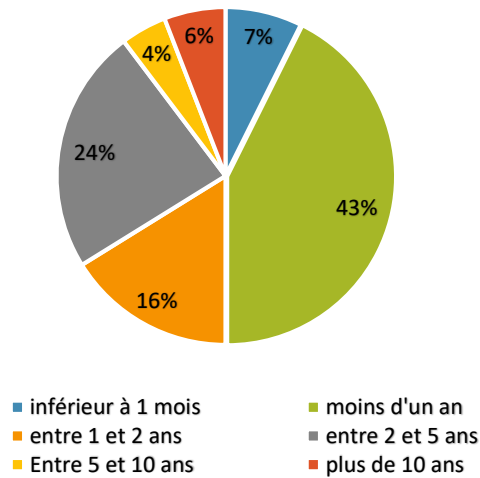


Figure 9 : Délaï depuis la dernière consultation chez un dentiste

4.2.2.3 Ressenti des patients chez le chirurgien-dentiste

A cette question, 25 patients affirment se sentir relaxé chez le chirurgien-dentiste (36,76%), 12 sont quelque peu mal à l'aise (17,65%), 14 disent être tendus (20,59%), 11 d'entre eux sont anxieux (16,18%), et les 6 derniers sont tellement anxieux qu'ils transpirent et sont physiquement mal (8,82%) (figure 10).

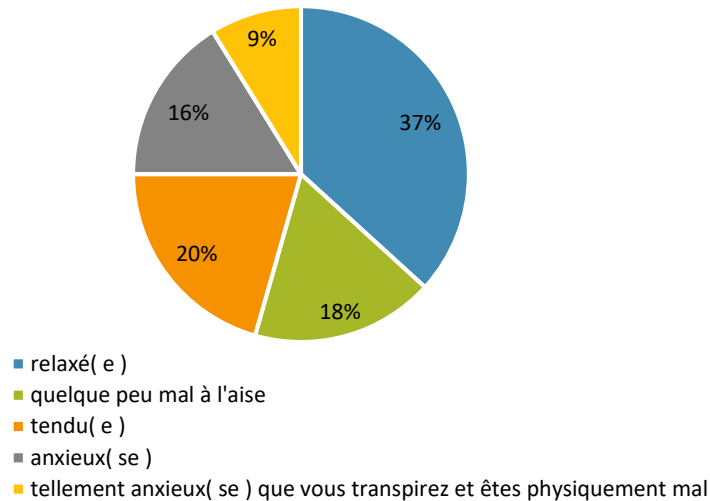


Figure 10 : Résultats du ressenti chez le chirurgien-dentiste

On remarque que 43 des patients ne sont pas relaxés en consultant le chirurgien-dentiste, soit 63,23%, environ deux tiers de l'échantillon.

4.2.2.4 Intervention sous anesthésie générale et/ou locale

Parmi les 68 patients, 17 ont déjà été soignés seulement sous anesthésie locale, 48 ont expérimenté des soins à la fois sous anesthésie locale et aussi sous anesthésie générale, et 3 n'ont eu recours uniquement qu'à l'anesthésie générale (deux opérations du nez et une opération des ligaments croisés).

Au total, 65 patients ont eu recours à l'anesthésie locale, et 48 à l'anesthésie générale.

Sur les 65 patients ayant eu recours à l'anesthésie locale, 56 en ont bénéficié uniquement dans le cadre de soins dentaires, 5 pour des soins dentaires mais aussi une autre raison (S.O.S. main ; varices ; accouchement ; raison dermatologique ; canal carpien), et 4 n'ont pas indiqué la raison de l'intervention.

Au total, 61 patients (soit 89,7%) ont eu recours à une anesthésie locale dans le cadre de soin dentaire.

Au sein des 48 patients ayant eu recours à une intervention sous anesthésie générale, 38 en ont bénéficié pour des raisons chirurgicales, 5 pour une fibroscopie et/ou coloscopie, 2 uniquement pour des raisons dentaires (patiente phobique rendant les soins dentaires à l'état vigil impossible ; et une opération des dents de sagesse), 1 patient à la fois pour une raison dentaire (dents de sagesse) et une autre chirurgie, et 2 patients n'ont pas indiqué la raison de l'anesthésie générale.

A propos du ressenti de ces interventions, 58 patients ont répondu par rapport à l'anesthésie locale, 6 ont différencié leur ressenti quant aux deux interventions, et 4 ont répondu uniquement par rapport à l'anesthésie générale (les trois ayant subi uniquement une anesthésie générale plus une patiente ayant subi les deux mais n'ayant exprimé son ressenti seulement pour l'anesthésie générale).

Au total, 64 des 65 patients ayant eu recours à l'anesthésie locale ont exprimé leur ressenti par rapport à cette intervention (tableau 1).

Ressenti par rapport à l'anesthésie locale	Nombre de patients (N = 64)
Agréable	17
Désagréable	16
Stressant	16
Neutre	9
Douloureux	3
Complicqué	3

Tableau 1 : résultats du ressenti à propos de l'anesthésie locale

Après analyse des résultats, sur les 64 patients ayant donné leur avis sur l'anesthésie locale, 17 trouvent celle-ci agréable, contre 16 qui la trouvent désagréable, 16 stressante, 9 des patients n'ont pas de ressenti particulier par rapport à cette intervention, 3 trouvent cela douloureux et enfin 3 d'entre eux compliqué.

Ainsi seulement 26,56% de ceux qui ont exprimé leur avis par rapport à l'anesthésie locale trouvent celle-ci agréable, 14,06% sont neutre, contre 59,38% pour qui l'anesthésie est synonyme d'une mauvaise expérience (figure 11).

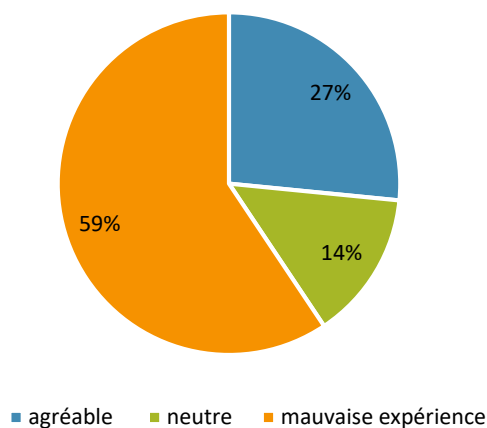


Figure 11 : avis relatifs à l'anesthésie locale

Parmi les 10 avis recueillis concernant l'anesthésie générale, 3 patients trouvent celle-ci agréable, 2 la considèrent comme une intervention neutre et enfin 5 d'entre eux y associent une connotation négative.

4.2.3 Connaissances et opinion relatives à l'hypnose médicale

4.2.3.1 Connaissances des patients sur l'Hypnose

Parmi les 68 patients de l'échantillon, l'hypnose n'est pas un sujet inconnu pour 54 d'entre eux (79,41%), alors que 14 n'en n'ont jamais entendu parler (20,59%).

Concernant les occasions pendant lesquelles les patients ont pu entendre parler d'hypnose, 58 réponses ont été récoltées (figure 12).

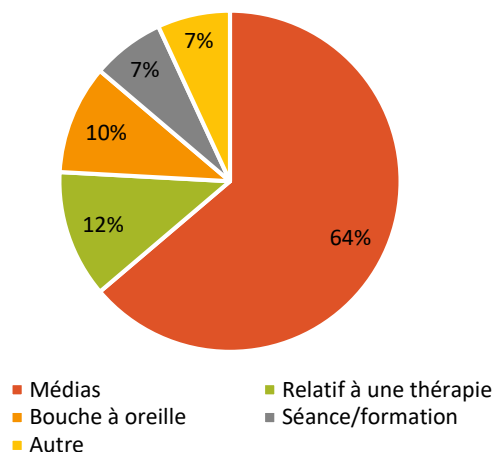


Figure 12 : occasions d'entendre parler d'hypnose

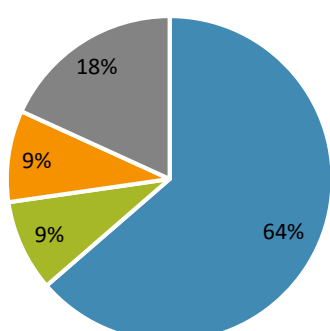
Après collection des données, 37 réponses concernent les médias (63,79%) ; 7 sont en rapport avec l'hypnose proposée en lien avec une thérapie (12,07%) ; 6 sont en rapport avec le bouche à oreille (10,34%) ; 4 sont relatives à des séances ou une formation sur l'hypnose (6,9%) et 4 pour une autre raison (6,9%).

Seuls 11 des patients (16,18%) connaissent l'existence de l'hypnose de spectacle et de l'hypnose médicale et ont tenté de définir quelques différences entre elles, contre 57 patients (83,82%) pour qui l'existence de deux types d'hypnose est inconnue ou pour qui il est impossible d'en définir les différences.

Concernant l'hypnose de spectacle, parmi les 11 réponses, 7 patients considèrent que le but de ce type d'hypnose est l'amusement, un show à but lucratif ; 1 patient parle de perte de contrôle ; 1 autre d'absence de crédibilité ; et 2 patients n'ont donné que leur définition de l'hypnose médicale pour expliquer les différences.

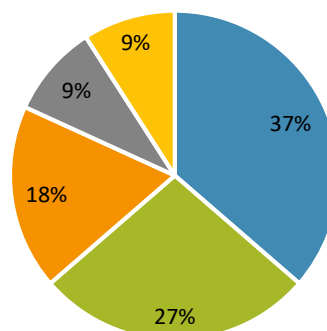
Pour l'hypnose médicale, 4 patients affirment qu'elle est à visée médicale ; 3 pensent qu'elle soulage, apaise le patient ; pour 2 d'entre eux l'hypnose médicale supprime le

ressenti de la douleur ; 1 patient parle de conservation de la conscience sous hypnose médicale ; enfin 1 autre considère que l'hypnose médicale a plus de crédibilité (figure 13, 14).



- Show à but lucratif
- Perte de contrôle
- Absence de crédibilité
- Pas de définition

Figure 13 : Définition de l'Hypnose de spectacle

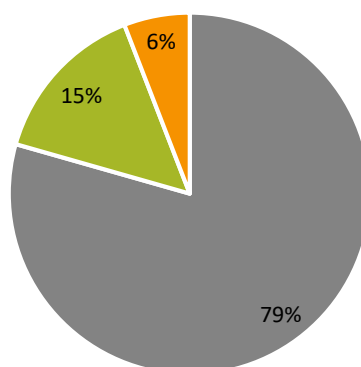


- Fin médicale
- Aide à se détendre
- Retire la douleur
- Conservation d'une part de conscience
- Crédible

Figure 14 : Définition de l'Hypnose médicale

4.2.3.2 Intérêts de l'hypnose médicale en chirurgie-dentaire

Pour 54 patients (79,41%) l'hypnose médicale présenterait un bénéfice lors des soins dentaires, contre 10 patients (14,71%) qui ne voient pas de bénéfice et 4 patients (5,88%) ne savent pas répondre à cette question (figure 15).



- Oui
- Non
- Ne sais pas

Figure 15 : Intérêts de la pratique de l'hypnose en chirurgie-dentaire

Parmi les 54 patients ayant répondu que l'hypnose serait bénéfique en chirurgie-dentaire, 57 justifications ont été recueillies sachant que 3 patients n'ont pas justifié leur réponse.

Après analyse, 36 des réponses (63,16%) affirment que l'hypnose permettrait de détendre, déstresser le patient ; 9 (15,79%) qu'elle supprimerait la douleur ; 6 (10,53%) qu'elle éviterait de passer par une anesthésie locale ; 3 (5,26%) qu'elle éviterait le recours à certains produits ou médicaments, supprimant ainsi une potentielle toxicité liée à ces produits ; et enfin 3 (5,26%) pour une autre raison (figure 16).

Pour les 10 patients ne voyant pas de bénéfice, 7 d'entre eux émettent des réserves quant à l'efficacité de l'hypnose, 1 patient en a peur, et 2 n'ont pas donné de justification.

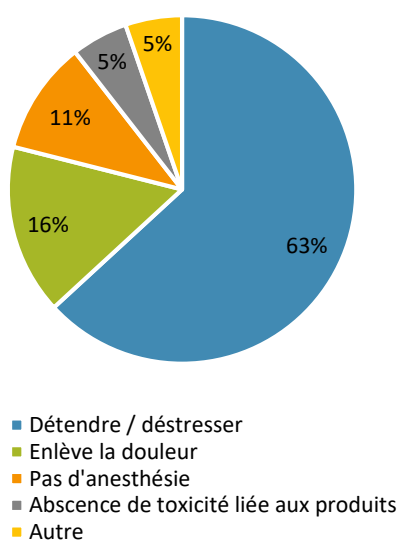


Figure 16 : Bénéfiques de l'hypnose médicale en chirurgie dentaire

4.2.3.3 Participation de la sécurité sociale

Pour 36 patients (52,94%) la non prise en charge de la sécurité sociale d'une séance de soin sous hypnose constitue un frein, contre 28 patients (41,18%) pour qui cela ne poserait pas de problème, et 4 patients (5,88%) n'ont pas su répondre à cette question.

Parmi les 36 patients, pour 27 d'entre eux (75%) la raison est financière ; 5 (13,89%) estiment que le coût des soins médicaux est déjà assez élevé ; 2 (5,55%) affirment que cela dépend du coût de la prestation ; 1 patient (2,78%) a donné une autre raison ; et enfin 1 dernier patient (2,78%) n'a pas donné d'explication par rapport à sa réponse (figure 17).

Au sein des 28 patients pour qui la non-participation de la sécurité sociale ne constituerait pas un frein, 13 d'entre eux (46,43%) mette en avant l'efficacité de l'hypnose pour justifier son recours, 2 (7,14%) conditionnent l'utilisation de l'hypnose à son coût de facture, 8 (28,57%) ne justifient pas leur réponse et 5 patients avancent d'autres raisons peu explicites (17,86%).

Enfin, 4 patients n'ont pas su répondre à cette question ne connaissant pas le coût d'une séance de soin sous hypnose. Leur choix se serait fait en fonction du prix.

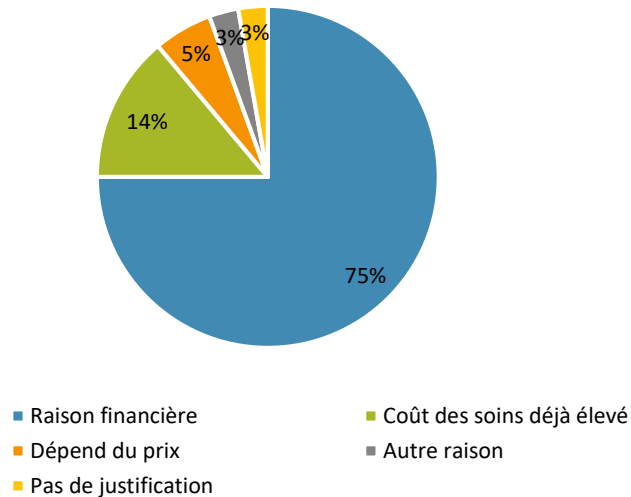


Figure 17 : Freins liés à la non prise en charge de la sécurité sociale

5 Discussion

L'échantillon de notre étude se compose de 68 patients dont 54,41% de femmes et 45,59% d'hommes ce qui est assez représentatif de la répartition homme / femme au sein de la population du département du Nord. Plus de la moitié de notre échantillon (52,94%) appartient à la catégorie socio-professionnelle numéro 3, correspondant aux employés, ouvriers et catégorie C et D de la fonction publique, ce qui est supérieur par à la population du nord pour laquelle 30,6% appartiennent à cette catégorie (102).

Parmi ces 68 patients, 63,23% ne se disent pas relaxés lors d'une consultation chez le chirurgien-dentiste. Ce taux est légèrement plus élevé que celui trouvé dans la littérature (1), possiblement dû au fait que l'enquête s'est déroulée dans le service d'odontologie du CHRU de Lille. En effet ce service est régulièrement fréquenté par les patients en difficulté de soin dans les cabinets privés, et constitue pour certains le dernier recours pour se soigner. Il est donc fort probable d'y rencontrer un plus grand nombre de patients anxieux.

Malgré les nombreux changements et améliorations au sein de la profession, le pourcentage de patients anxieux à l'idée de consulter le chirurgien-dentiste reste très élevé en raison des mauvaises expériences passées et de l'opinion collectif pour qui une visite chez le dentiste rime avec douleur. C'est pourquoi une patiente extrêmement anxieuse de notre échantillon a dû réaliser ses soins dentaires sous anesthésie générale.

Alors qu'il est préconisé de consulter au moins une fois par an par prévention, 34 patients de notre échantillon, soit la moitié, ont attendu plus d'un an depuis leur dernier rendez-vous chez le chirurgien-dentiste. Ce retard de visite est sûrement pour la plupart dû au fait qu'ils redoutent cette consultation, la remettant toujours à plus tard, et pour certains jusqu'à ce qu'il y ait réellement un problème les obligeant alors à venir se faire soigner.

La peur de la douleur reste l'une des principales sources d'anxiété au cabinet dentaire malgré les énormes progrès dans la prise en charge de celle-ci, notamment avec les anesthésiques dentaires. Mais l'anesthésie elle-même avec la peur de l'aiguille peut elle aussi être anxiogène. Pour autant, parmi les 64 patients ayant expérimenté l'anesthésie locale et ayant exprimé leur avis, seulement 22 patients trouvent celle-ci

douloureuse, compliquée ou stressante, soit environ 1/3 de l'échantillon. Ceci concorde avec les données de la littérature où la peur de l'anesthésie ne constitue pas une des principales sources d'anxiété. Les patients craignent plus l'idée de n'être pas anesthésié suffisamment plutôt que l'anesthésie elle-même (11).

Ainsi il semble que même si la prise en charge de la douleur par l'anesthésie dentaire soit relativement bien acceptée par les patients, cela n'est pas suffisant pour faire d'une visite ou d'une séance de soin chez le chirurgien-dentiste une situation moins anxiogène. La peur du cabinet dentaire reste fortement présente au sein du grand public.

Le but de notre étude était de savoir de quelle manière les patients consultant dans le service d'odontologie du CHRU de Lille connaissaient l'hypnose, et les informations qu'ils avaient à propos de l'hypnose médicale qui fait partie des médecines dites complémentaires.

De plus en plus de patients ont recours à ces médecines parallèles avec comme principale raison la recherche du bien-être général. Il apparaît aussi que les pathologies chroniques n'ayant pas de traitement totalement efficace constituent une des motivations à se tourner vers ce genre de médecine, l'anxiété en faisant parti.

Dans une étude de 2012 visant à connaître le rapport que peuvent avoir les patients d'une clinique dentaire avec les médecines complémentaires, 66,7% de l'échantillon y avaient eu recours au moins une fois au cours des 12 derniers mois (103).

Ce recours ne cesse d'augmenter chaque année, bien que la principale utilisation soit en tant que complément et non en substitution par rapport aux médecines allopathiques.

Parmi les médecines complémentaires, l'hypnose ne fait pas encore partie des plus populaires (103–105). Dans notre échantillon seuls 4 patients ont déjà effectué une séance d'hypnose ou assisté à une conférence relative à celle-ci.

Seulement 11 patients ont des connaissances relatives à l'hypnose grâce à une expérimentation ou suite à des informations reçues par des professionnels de santé.

Pour le reste des patients ayant donné une réponse, leurs connaissances sur l'hypnose sont basées sur des informations obtenues par les médias ou le bouche à oreille, soit des sources non scientifiques.

Il est reconnu dans la littérature qu'un manque de connaissances précises relatives à l'hypnose peut conduire à de la méfiance et un refus d'être hypnotisé (106). Les idées fausses principalement issues des médias où l'hypnose est mise en avant en tant que divertissement, ou encore des croyances du grand public, sont en adéquation avec un comportement craintif et une tendance à dédaigner l'hypnose (107). Inversement, les personnes tirant leur savoir sur l'hypnose d'échanges informatifs avec des professionnels de santé ou de leurs propres expériences personnelles à la suite de séance d'hypnothérapie, sont plus susceptibles d'avoir des connaissances plus précises sur le sujet, et sont plus aptes à envisager le recours à l'hypnose ayant des niveaux de craintes moins élevés (108).

Parmi les fausses idées reçues, on retrouve la peur de ne pas se souvenir de la séance d'hypnose réalisée ou encore la peur d'être obligé de dire la vérité sur certaines choses (106). Il y a donc une tendance à croire que le « pouvoir » appartient à l'hypnotiseur (105). Or nous savons que lors d'une séance d'hypnose médicale, le patient est conscient de ce qu'il se passe, garde totalement le contrôle et il n'est pas possible d'aller à l'encontre de la volonté de celui-ci. Il existe donc un réel décalage avec la réalité.

Parmi les 68 patients de notre étude, seuls 11 d'entre eux (16,18%) connaissent l'existence de l'hypnose de spectacle et de l'hypnose médicale et savent en expliquer les différences. Seulement 5 de ces 11 personnes ont acquis leurs connaissances suite à des séances réalisées ou des échanges, conférences avec des professionnels de santé.

Malgré des informations reçues plus scientifiques ou issues d'expériences personnelles, 6 patients n'ont donc tout de même pas su différencier l'hypnose de spectacle de l'hypnose médicale.

Cela met l'accent sur un manque important de connaissances ou d'informations précises données sur le sujet. L'hypnose est encore mal comprise par le grand public qui exprime de l'incompréhension et de l'appréhension face à celle-ci (105).

Pourtant des corrélations ont été trouvées sur le niveau de réponse élevée à une séance d'hypnothérapie (suggestibilité) et les personnes ayant des connaissances précises sur l'hypnose (108, 109). En effet en possession de bonnes informations supprimant les mythes et levant les peurs et appréhensions, les patients seraient plus aptes à présenter de l'intérêt pour l'hypnose et ainsi envisager le recours à celle-ci, ce qui jouerait sur l'efficacité des séances. Un patient sceptique ou ayant de mauvaises connaissances aura plus de mal à se relaxer et à lâcher prise ce qui est primordial pour la phase d'induction (62).

Les professionnels de santé ont donc un rôle important à jouer en mettant les patients au courant de l'existence de l'hypnose médicale et en divulguant des informations précises et scientifiques à ce sujet afin d'éviter de constituer une perte de chance pour les patients d'avoir recours à cette pratique.

La suite de notre étude cherchait à savoir si pour les patients la pratique de l'hypnose aurait de l'intérêt en chirurgie-dentaire. La majorité des études trouvées dans la littérature portant sur l'opinion du public par rapport à l'hypnose sont axées sur l'hypnose de manière générale et non focalisée sur l'emploi de celle-ci dans une spécialité médicale. Avec le haut niveau d'anxiété retrouvé chez les patients en chirurgie-dentaire, il était intéressant de connaître l'intérêt qu'ils éprouveraient à propos de la pratique de l'hypnose dans le monde dentaire.

Aucune étude similaire relative à l'opinion du public sur l'hypnose en chirurgie-dentaire n'a été trouvée.

Pour 79,41% de notre échantillon l'hypnose apporterait un bénéfice lors des soins dentaires. Ce résultat élevé peut dans une certaine mesure être surestimé car avant de répondre à cette question, des informations précises concernant l'hypnose médicale et ses différences avec l'hypnose de spectacle ont été données aux patients. L'entretien se déroulant dans l'enceinte du service d'odontologie du CHRU de Lille dans le service de première consultation, et réalisé par un étudiant en blouse blanche

diplômé encadré de professeurs, il est fort possible qu'un certain nombre de patients aient donné une réponse favorable à cette question en raison d'une certaine influence. Si des professionnels de santé sont amenés à poser cette question, on peut facilement deviner que pour eux l'hypnose présente réellement un intérêt en chirurgie-dentaire et l'on aurait ainsi tendance à répondre « oui » à cette question pour aller dans le même sens.

On peut tout de même rejoindre l'idée qu'avec de meilleures informations sur le sujet, les patients sont plus ouverts et ont de meilleures considérations de l'hypnose. C'est pourquoi après leur avoir donné des explications, une majorité de nos patients ont répondu positivement à cette question.

Cela concorde avec les données d'une étude récente avançant qu'au niveau international, la majorité du public est ouverte à l'hypnothérapie contre seulement une minorité qui la rejette (105).

Dans cette même étude *Krouwel et al.* ont constaté que l'hypnose est plus acceptée en tant que thérapie de santé mentale plutôt que thérapie médicale (105), ce qui est reflété dans notre étude avec environ les 2/3 de l'échantillon (63,16%) voyant comme intérêt à l'utilisation de l'hypnose en chirurgie dentaire la possibilité d'aider les patients à se détendre, se déstresser. Seuls 31,58% considèrent qu'elle présenterait un bénéfice en tant que thérapie médicale, avec la possibilité de diminuer le seuil de la douleur, d'éviter un recours systématique à l'anesthésie locale ou encore de permettre d'éviter la prise de certaines substances ou médicaments présentant une potentielle toxicité pour l'organisme. Ce dernier bénéfice marque une certaine volonté de recherche du bien-être décrite dans l'étude de *Spector et al.* (103). En effet, on sait que l'hypnose permet lors d'une intervention chirurgicale une diminution de l'utilisation d'anesthésique grâce à une réduction du seuil de la douleur, et un moindre recours aux antalgiques à la suite de celle-ci, supprimant ainsi d'éventuels risques de toxicité liés à ces produits (65,69).

Outre le manque de connaissances et les visions négatives issues des représentations médiatiques, il semble que l'aspect financier et la non-participation de la sécurité sociale constituent aussi un frein au recours de l'hypnose. Plus de la moitié de notre

échantillon (36) patients rejoignent cette idée et avancent comme principale raison leurs propres ressources financières (75%). Malgré l'existence d'une codification CCAM pour une séance de soin sous hypnose (74), il n'y a actuellement aucune prise en charge par la sécurité sociale pour ce genre de pratique. Quand on sait que dans notre échantillon près de 80% des patients voient un bénéfice au travers l'utilisation de l'hypnose en chirurgie-dentaire, il serait dommage que l'aspect financier prenne le dessus concernant la motivation à utiliser celle-ci. Cela rejoint l'idée qui ressort de l'étude de *Posadzki et al.* selon laquelle les médecines dites complémentaires devraient être plus accessibles par tous (104).

Avec une majorité de patients appartenant à la catégorie socio-professionnelle numéro 3, ceci pourrait être la raison pour laquelle la non prise en charge par la sécurité sociale est un problème pour une majeure partie de notre échantillon.

Pourtant plusieurs patients de notre échantillon appartenant à cette catégorie ne voient pas d'inconvénient à cette contrainte de non prise en charge. Si l'hypnose est réellement efficace et leur apporte du confort, alors cette non-participation de la sécurité sociale ne constitue pas une barrière pour y avoir recours, le bien-être primant sur l'aspect financier. L'intérêt d'une majorité de l'échantillon pour l'hypnose semble bien réel puisque malgré un revenu moyen, bon nombre de patients seraient prêts à financer une séance de soin dentaire sous hypnose si cela leur apportait un avantage.

Cette classe socio-professionnelle est la plus importante dans la région du Nord, comme au niveau national. Cela laisse supposer qu'une majorité de la population française ne pourrait expérimenter l'hypnose par souci financier. Il serait utile par le biais d'autres enquêtes de connaître l'impact réel de la catégorie socio-professionnelles sur le recours à l'hypnose.

Notre étude se composait d'un échantillon assez restreint (N=68) et ne concernait que les patients consultant au sein du CHRU de Lille. D'autres études supplémentaires réalisées dans un milieu plus neutre, autre que le CHRU, seraient intéressantes au niveau national, afin de tester les connaissances de la population relatives à l'hypnose et de savoir si son utilisation en chirurgie-dentaire présenterait selon-eux, un intérêt.

6 Conclusion

L'hypnose est une technique non invasive possédant de nombreuses applications dans le domaine de la chirurgie-dentaire, tant sur le plan psychologique (réduction de l'anxiété, apaisement, relaxation) que sur le plan thérapeutique (modification de l'utilisation des anesthésiques et analgésiques ; contrôle du flux salivaire et sanguin ; pédodontie ; en association avec le MEOPA ; suppression du réflexe nauséux ; contrôle des parafonctions et du bruxisme ; prise en charge des troubles de l'ATM et des douleurs chroniques). A l'heure où de plus en plus de patients se tournent vers les médecines alternatives, pour la plupart en complément des médecines dites allopathiques, dans le but d'améliorer leur bien-être, l'hypnose semble présenter les avantages nécessaires à cette quête.

Pourtant, trop mal connue du grand public à cause des croyances médiatiques et l'utilisation de l'hypnose de spectacle, cette méthode ne voit pas sa popularité augmenter.

Il est ainsi primordial pour les chirurgiens-dentistes et les professionnels de santé d'informer les patients de l'existence de l'hypnose médicale, et de leur donner des connaissances précises à ce sujet pour lever les craintes et appréhensions. En ayant une représentation plus réelle de l'hypnose, la majorité verrait de l'intérêt au recours de celle-ci dans le domaine médical, notamment en chirurgie-dentaire, et serait plus apte à tenter l'expérience.

L'hypnose pourrait ainsi constituer une bonne solution pour remédier au problème de l'anxiété qui colle au monde de la dentisterie.

Toutefois l'importance de la bonne formation des praticiens est à souligner, car c'est une technique nécessitant une courbe d'apprentissage et pour laquelle le respect d'un protocole bien défini est primordial pour son bon déroulement.

Une amélioration de la prise en charge d'une séance de soin sous hypnose par la sécurité sociale serait à prendre en compte afin de ne pas constituer des inégalités de chance et contraindre une majorité de la population à ne pas pouvoir y avoir recours.

D'autres études sont nécessaires au niveau national pour confirmer les diverses applications de l'hypnose en chirurgie-dentaire, et être averti des connaissances que le grand public possède sur le sujet et de l'intérêt qu'il lui porte, à plus grande échelle.

Références bibliographiques

1. Bohl J-B, Hugly M, Descroix V, Boukhobza F. Comprendre et prendre en charge la peur de nos patients. *Clinic (Paris)*. 23 nov 2016;8-9.
2. Théry-Hugly M-C. Le Burn out n'est pas une fatalité. *Inf Dent*. 5 nov 2008;90(38):2175-85.
3. Philippart F, Roche Y. *Sédation par inhalation de MEOPA en chirurgie dentaire*. Paris, France: Quintessence International; 2013. 151 p.
4. Bohl J-B, Pirnay P. *La peur du dentiste: comprendre et réduire l'anxiété des patients*. Reuil-Malmaison, France: Editions CdP; 2016. 112 p.
5. Association dentaire française. Commission des dispositifs médicaux. *Sédation consciente au cabinet dentaire*. Paris, France: Association dentaire française; 2010. 71 p.
6. Hennequin M, Collado V, Faulks D, Mazille M-N, Nicolas E. La peur du dentiste : quelle réalité en 2007 ? *Clinic (Paris)*. mai 2007;28(cahier 1):311-9.
7. Gay M-C, Marmion D. Lien entre anxiété et complications postopératoires en chirurgie dentaire. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. mai 2009;167(4):264-71.
8. Gimat I. Le stress du chirurgien-dentiste, le prévenir par une approche globale. *Inf Dent*. 7 sept 2016;98(29):42-5.
9. André C, Béry A. *Au-delà des dents ... le patient! la relation praticien-patient: situations concrètes pour mieux la gérer*. Paris; Paris: Laboratoires Pierre Fabre Oral Care ; Ed. scientifiques LC; 2003.
10. Nicolas E, Collado V, Faulks D, Bullier B, Hennequin M. A national cross-sectional survey of dental anxiety in the French adult population. *BMC Oral Health*. 2007;7:12.
11. Oosterink FMD, De Jongh A, Aartman IHA. What are people afraid of during dental treatment? Anxiety-provoking capacity of 67 stimuli characteristic of the dental setting. *Eur J Oral Sci*. 1 févr 2008;116(1):44-51.
12. Collier T. Petite philosophie de la douleur [Basic thoughts on dental pain]. *Fil Dent*. avril 2015;(102):16-8.
13. Clavería MAZ. Fear of the dentist portrayed in cinema. *Rev Odontológica Mex*. janv 2016;20(1):6-7.
14. Schuller AA, Willumsen T, Holst D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community*

- Dent Oral Epidemiol. 1 avr 2003;31(2):116-21.
15. Risløv Staugaard S, Jøssing M, Krohn C. The role of negative and positive memories in fear of dental treatment: Memory of dental treatment. *J Public Health Dent.* déc 2017;77(1):39-46.
 16. Luoto A, Tolvanen M, Pohjola V, Rantavuori K, Karlsson L, Lahti S. A longitudinal study of changes and associations in dental fear in parent/adolescent dyads. *Int J Paediatr Dent.* janv 2017;1-8.
 17. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health.* 2007;7:1.
 18. Lara A, Crego A, Romero-Maroto M. Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. *Int J Paediatr Dent.* 1 sept 2012;22(5):324-30.
 19. Thomson WM, Locker D, Poulton R. Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1 août 2000;28(4):289-94.
 20. Armfield JM. Towards a better understanding of dental anxiety and fear: cognitions vs. experiences. *Eur J Oral Sci.* 1 juin 2010;118(3):259-64.
 21. Armfield J, Spencer A, Stewart J. Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Aust Dent J.* 1 mars 2006;51(1):78-85.
 22. Appukuttan D, Subramanian S, Tadepalli A, Damodaran LK. Dental Anxiety Among Adults: An Epidemiological Study in South India. *North Am J Med Sci.* janv 2015;7(1):13-8.
 23. Eitner S, Wichmann M, Paulsen A, Holst S. Dental anxiety – an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *J Oral Rehabil.* 1 août 2006;33(8):588-93.
 24. Dobros K, Hajto-Bryk J, Wnek A, Zarzecka J, Rzepka D. The Level of Dental Anxiety and Dental Status in Adult Patients. *J Int Oral Health JIOH.* juin 2014;6(3):11-4.
 25. Randall CL, Shaffer JR, McNeil DW, Crout RJ, Weyant RJ, Marazita ML. Toward a genetic understanding of dental fear: evidence of heritability. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1 févr 2017;45(1):66-73.
 26. Binkley CJ, Beacham A, Neace W, Gregg RG, Liem EB, Sessler DI. Genetic variations associated with red hair color and fear of dental pain, anxiety regarding dental care and avoidance of dental care. *J Am Dent Assoc* 1939. juill 2009;140(7):896-905.
 27. Randall CL, McNeil DW, Shaffer JR, Crout RJ, Weyant RJ, Marazita ML. Fear of

- Pain Mediates the Association between MC1R Genotype and Dental Fear. *J Dent Res.* sept 2016;95(10):1132-7.
28. Pohjola V, Rekola A, Kunttu K, Virtanen JI. Association between dental fear and oral health habits and treatment need among University students in Finland: a national study. *BMC Oral Health.* 27 févr 2016;16:26.
 29. asso-sps.fr. Soigner les professionnels de santé vulnérables [Internet]. 2015 [cité 9 mai 2017]. Disponible sur: <http://asso-sps.fr/assets/colloque-dossier-presse.pdf>
 30. de Divonne A-C. Stress, épuisement, addictions, suicide... comment soigner les soignants ? *Clinic (Paris).* mai 2016;cahier 2(346):12-4.
 31. Marciano B. L'Hypnose au service du chirurgien-dentiste. *Inf Dent.* 25 nov 2015;97(41/42):68-76.
 32. Blanc D. Le poste de travail du chirurgien-dentiste. Tout reprendre à zéro. *Inf Dent.* 7 sept 2016;98(29):34-40.
 33. Trilhe P. Les nuisances au cabinet dentaire. *Inf Dent.* 7 sept 2016;98(29):30-3.
 34. Birea G, Izaute E, Tallandier F. Fiche metier bossions futé N°295 (le chirurgien dentiste) [Internet]. 2016 [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: http://www.bossons-fute.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=744:fiche0295&catid=2...
 35. Henríquez-Tejo RB, Cartes-Velásquez RA. Patients' perceptions about dentists. A literature review. *Odontoestomatología.* 2016;18(27):15-22.
 36. Hamel O, Orechia M-A. L'épuisement professionnel des chirurgiens-dentistes une réalité. *Inf Dent.* 5 nov 2008;90(38):2187-9.
 37. Sancho FM, Ruiz CN. Risk of suicide amongst dentists: myth or reality? *Int Dent J.* 1 déc 2010;60(6):411-8.
 38. Stack S. Suicide risk among dentists: A multivariate analysis. *Deviant Behav.* janv 1996;17(1):107-17.
 39. Garbin CAS, Garbin AJI, dos Santos RR, Fagundes Freire AC da G, Gonçalves PE. Burnout's Syndrome in Dentists. *J Depress Anxiety.* 23 janv 2012;1.
 40. Sancho FM, Ruiz CN. Risk of suicide amongst dentists: myth or reality? *Int Dent J.* 1 déc 2010;60(6):411-8.
 41. Collier T. Qui stresse le plus en anesthésie locale dentaire : le patient ou le dentiste ? [Internet]. 2015 [cité 10 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.idweblogs.com/anesthesie/2015/07/07/stresse-plus-anesthesie-locale-dentaire-patient-dentiste/>
 42. Johns R, Jepsen D. Sources of occupational stress in NSW and ACT dentists. *Aust Dent J.* 1 juin 2015;60(2):182-9.

43. Bretherton R, Chapman HR, Chipchase S. A study to explore specific stressors and coping strategies in primary dental care practice. *Br Dent J.* 13 mai 2016;220(9):471-8.
44. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry.* juin 2016;15(2):103-11.
45. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory (3rd edition).* Palo Alto Consult Psychol Press. 1996;
46. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2:99-113.
47. Lee SC, Oguienko O, Song BJ, Sunderji S, Wong J, Zhao X, et al. Risk Factors for Burnout Among Dentists : An Evidence-Based Study of the Litterature [Internet]. [cité 5 sept 2017]. Disponible sur: <http://docplayer.net/39131463-Risk-factors-for-burnout-among-dentists-an-evidence-based-study-of-the-literature.html>
48. Gorter R. Work stress and burnout among dental hygienists. *Int J Dent Hyg.* 1 mai 2005;3(2):88-92.
49. Te Brake H, Smits N, Wicherts JM, Gorter RC, Hoogstraten J. Burnout development among dentists: a longitudinal study. *Eur J Oral Sci.* 1 déc 2008;116(6):545-51.
50. Singh P, Aulak DS, Mangat SS, Aulak MS. Systematic review: factors contributing to burnout in dentistry. *Occup Med.* 1 janv 2016;66(1):27-31.
51. Allison N. Hypnosis in modern dentistry: Challenging misconceptions. *Fac Dent J.* oct 2015;6(4):172-5.
52. Canivet P-A, Esclassan R, Destruhaut F, Pomar P. Regardez-moi dans les yeux... ou dans les dents! Hypnose, médecine et dentisterie, histoire d'un triangle amoureux. *Société Fr Hist Art Dent.* 2014;19:56-8.
53. Becchio J. L'hypnose : des débuts difficiles. *Cerveau Psycho.* juillet-août 2013;(58):21-7.
54. Iserson KV. An Hypnotic Suggestion: Review of Hypnosis for Clinical Emergency Care. *J Emerg Med.* avr 2014;46(4):588-96.
55. Richard P. L'hypnose, l'enfant et la douleur. *Arch Pédiatrie.* juin 2006;13(6):660-2.
56. Mubiri M-A, Richard M, Bioy A. Place de l'autohypnose dans la prise en charge de la douleur. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* juin 2015;16(3):116-23.
57. Griffiths MJ. The role of hypnotherapy in evidence-based clinical practice. *Oral Dis.* mai 2017;23(4):420-3.
58. Faymonville M-E, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic

- state. *J Physiol-Paris*. juin 2006;99(4–6):463-9.
59. Oakley DA, Halligan PW. Hypnotic suggestion and cognitive neuroscience. *Trends Cogn Sci*. juin 2009;13(6):264-70.
 60. Descroix V. L'expérience hypnotique, ou comment ne plus avoir peur de la peur ? *Clinic (Paris)*. 23 nov 2016;10-1.
 61. Suarez B. Qu'est-ce que l'hypnose? *Cerveau Psycho*. juillet-août 2013;(58):28-35.
 62. Lombart B, Guiot C, Maunoury N, Annequin D, Bioy A, Fiat É. Manuel pratique d'hypnoalgésie pour les soins en pédiatrie. Paris: Association Sparadrapp; 2015. 98 p.
 63. Vanhaudenhuyse A, Laureys S, Faymonville M-E. Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiol Clin Neurophysiol*. oct 2014;44(4):343-53.
 64. Eitner S, Schultze-Mosgau S, Heckmann J, Wichmann M, Holst S. Changes in neurophysiologic parameters in a patient with dental anxiety by hypnosis during surgical treatment. *J Oral Rehabil*. 1 juill 2006;33(7):496-500.
 65. Häuser W, Hagl M, Schmierer A, Hansen E. The Efficacy, Safety and Applications of Medical Hypnosis. *Dtsch Ärztebl Int*. avr 2016;113(17):289-96.
 66. Chabridon G, Nekrouf N, Bioy A. État des lieux des pratiques actuelles de l'hypnose au sein des centres hospitaliers universitaires français. *L'Encéphale*. sept 2016;1-4.
 67. Halsband U, Wolf TG. Functional changes in brain activity after hypnosis in patients with dental phobia. *J Physiol-Paris*. déc 2015;109(4–6):131-42.
 68. Chester SJ, Stockton K, De Young A, Kipping B, Tyack Z, Griffin B, et al. Effectiveness of medical hypnosis for pain reduction and faster wound healing in pediatric acute burn injury: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2016;17:223.
 69. Tefikow S, Barth J, Maichrowitz S, Beelmann A, Strauss B, Rosendahl J. Efficacy of hypnosis in adults undergoing surgery or medical procedures: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Psychol Rev*. juill 2013;33(5):623-36.
 70. Calipel S, Lucas-Polomeni M-M, Wodey E, Ecoffey C. Premedication in children: hypnosis versus midazolam. *Pediatr Anesth*. 1 avr 2005;15(4):275-81.
 71. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C. L'aide-mémoire d'hypnose: en 50 notions. Paris: Dunod; 2010.
 72. Uman LS, Birnie KA, Noel M, Parker JA, Chambers CT, McGrath PJ, et al. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. Cochrane

Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013.

73. Cuellar NG. Hypnosis for Pain Management in the Older Adult. *Pain Manag Nurs*. 1 sept 2005;6(3):105-11.
74. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B, Fauconnier A, Fournier-Charrière E. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose (rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) [Internet]. 2015 [cité 14 juin 2017]. Disponible sur: http://www.inserm.fr/mediatheque/infr-grand-public/fichiers/thematiques/sante-publique/rapports-publies/hypnose_rapport-evaluation-juin-2015
75. Bernier J-P, Simard I. Mise à jour dans le traitement des troubles anxieux. *Pharmactuel*. sept 2007;40(4):204-17.
76. Pelissolo A. L'hypnose dans les troubles anxieux et phobiques : revue des études cliniques. *Presse Médicale*. mars 2016;45(3):284-90.
77. Bontoux D, Couturier D, Menkès C-J. Thérapies Complémentaires - acupuncture, hypnose, ostéopathie, tai-chi - leur place parmi les ressources de soins (rapport de L'Académie Nationale de médecine) [Internet]. 2013 [cité 15 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.academie-medicine.fr/wp-content/uploads/2013/07/4.rapport-Th%C3%A9rapies-compl%C3%A9mentaires1.pdf>
78. Glaesmer H, Geupel H, Haak R. A controlled trial on the effect of hypnosis on dental anxiety in tooth removal patients. *Patient Educ Couns*. sept 2015;98(9):1112-5.
79. Huet A, Lucas-Polomeni M-M, Robert J-C, Sixou J-L, Wodey E. Hypnosis and dental anesthesia in children: a prospective controlled study. *Int J Clin Exp Hypn*. déc 2011;59(4):424-40.
80. Ramírez-Carrasco A, Butrón-Téllez Girón C, Sanchez-Armass O, Pierdant-Pérez M. Effectiveness of Hypnosis in Combination with Conventional Techniques of Behavior Management in Anxiety/Pain Reduction during Dental Anesthetic Infiltration. *Pain Res Manag*. 2017;2017:1-5.
81. Mamta M, Pruthvi RHV, RajKumar M, Sanjeev L, Chandresh S, Ravinder SS. Hypnodontics : Role of hypnosis in oral health. *Int J Recent Trends Sci Technol*. 2016;20(2):188-90.
82. Abdeshahi SK, Hashemipour MA, Mesgarzadeh V, Shahidi Payam A, Halaj Monfared A. Effect of hypnosis on induction of local anaesthesia, pain perception, control of haemorrhage and anxiety during extraction of third molars: A case-control study. *J Cranio-Maxillofac Surg*. juin 2013;41(4):310-5.
83. Jugé C, Tubert-Jeannin S. Effets de l'hypnose lors des soins dentaires. *Presse Médicale*. avr 2013;42(4, Part 1):e114-24.
84. Satz M, Schmierer A, Zeman F, Schmalz G, Loew T. Significant variation in

- salivation by short-term suggestive intervention: a randomized controlled cross-over clinical study. *Head Face Med.* déc 2014;10(1):1-9.
85. Lucas ON. The Use of Hypnosis in Hemophilia Dental Care. *Ann N Y Acad Sci.* 1 janv 1975;240(1):263-6.
 86. Wood C, Duparc N, Leblanc V, Cunin-Roy C. L'hypnose et la douleur. *Médecine Clin Pour Pédiatres.* mai-juin 2004;(11):40-4.
 87. Agachi A. Douleur et MEOPA. *Fil Dent.* avril 2015;(102):28-30.
 88. de San J, Fulgencio, Roy V, Maudier C, Wood C. TO14 - Soins dentaires sous sédation consciente au mélange oxygène – Protoxyde d'azote (MEOPA) à l'hôpital Robert Debré. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* nov 2004;5:17.
 89. Wood C, Bioy A. L'hypnose chez l'enfant : quelles indications? *Réal Pédiatriques.* juin 2006;(112):1-5.
 90. Ramazani M, zarenejad N, Parirokh M, Zahedpasha S. How Can Hypnodontics Manage Severe Gag Reflex for Root Canal Therapy? A Case Report. *Iran Endod J.* 2016;11(2):146-9.
 91. Lobbezoo F, Van Der ZAAG J, Van SELMS MKA, Hamburger HL, Naeije M. Principles for the management of bruxism*. *J Oral Rehabil.* 1 juill 2008;35(7):509-23.
 92. Johar S. A case of sleep bruxism treated through behavioural change using hypnosis. *Med J Dr Patil Univ.* 2012;5(2):154.
 93. Zhang Y, Montoya L, Ebrahim S, Busse JW, Couban R, McCabe RE, et al. Hypnosis/Relaxation therapy for temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Oral Facial Pain Headache.* 2015;29(2):115-25.
 94. Abrahamsen R, Zachariae R, Svensson P. Effect of hypnosis on oral function and psychological factors in temporomandibular disorders patients. *J Oral Rehabil.* 1 août 2009;36(8):556-70.
 95. Abrahamsen R, Baad-Hansen L, Svensson P. Hypnosis in the management of persistent idiopathic orofacial pain – Clinical and psychosocial findings: *Pain.* mai 2008;136(1):44-52.
 96. Bidou A, Specht G, Naudin D, Sergent JL, Brosseau B, Guinot M, et al. La pratique de l'hypnose en anesthésie diminue l'incidence du burnout des soignants. *Anesth Réanimation.* sept 2015;1:A324.
 97. Bertholet O, Davadant M, Cromec I, Berger MM. L'hypnose intégrée aux soins de patients brûlés : impact sur le niveau de stress de l'équipe soignante. *Rev Médicale Suisse.* 11 sept 2013;9:1646-9.

98. Cardeña E, Svensson C, Hejdström F. Hypnotic Tape Intervention Ameliorates Stress: *A Randomized, Control Study*. *Int J Clin Exp Hypn.* avr 2013;61(2):125-45.
99. Newton JT, Buck DJ. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *J Am Dent Assoc* 1939. oct 2000;131(10):1449-57.
100. Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc.* nov 1978;97(5):816-9.
101. Neverlien PO. Assessment of a single-item dental anxiety question. *Acta Odontol Scand.* déc 1990;48(6):365-9.
102. Insee. Dossier complet de l'INSEE du département du Nord (59) [Internet]. 2014 [cité 13 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-59>
103. Spector ML, Fischer M, Dawson DV, Holmes DC, Kummet C, Nisly NL, et al. Complementary and alternative medicine usage by patients of a dental school clinic. *Spec Care Dentist.* 1 sept 2012;32(5):177-83.
104. Posadzki P, Watson LK, Alotaibi A, Ernst E. Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by patients/consumers in the UK: systematic review of surveys. *Clin Med.* 1 avr 2013;13(2):126-31.
105. Krouwel M, Jolly K, Greenfield S. What the public think about hypnosis and hypnotherapy: A narrative review of literature covering opinions and attitudes of the general public 1996–2016. *Complement Ther Med.* juin 2017;32:75-84.
106. Capafons A, Mendoza ME, Espejo B, Green JP, Lopes-Pires C, Selma ML, et al. Attitudes and beliefs about hypnosis: A multicultural study. *Contemp Hypn.* sept 2008;25(3-4):141-55.
107. Davis OC, Gao X. Factors That Contribute to the Willingness to Try « Street Hypnosis ». *Int J Clin Exp Hypn.* 2 oct 2014;62(4):425-54.
108. Barling NR, De Lucchi DAG. Knowledge, Attitudes, and Beliefs about Clinical Hypnosis. *Aust J Clin Exp Hypn.* 2004;32(1):36-52.
109. Green JP. The Valencia Scale of Attitudes and Beliefs Toward Hypnosis–Client Version and Hypnotizability. *Int J Clin Exp Hypn.* avr 2012;60(2):229-40.

Table des illustrations

Figure 1 : Le modèle cognitivo- comportemental de l'anxiété selon Lang (6).....	17
Figure 2 : La machine à pulpite (12).....	20
Figure 3 : Le cycle de l'anxiété des soins dentaires (6).....	24
Figure 4 : Les différentes étapes d'une séance d'hypnose (62).....	32
Figure 5 : Vue schématique des aires cérébrales modulées par l'hypnose (61)	34
Figure 6 : Questionnaire de l'étude	50
Figure 7 : Répartition des différentes catégories socio-professionnelles.....	53
Figure 8 : Motifs de consultation.....	54
Figure 9 : Délai depuis la dernière consultation chez un dentiste.....	55
Figure 10 : Résultats du ressenti chez le chirurgien-dentiste	55
Figure 11 : avis relatifs à l'anesthésie locale	57
Figure 12 : occasions d'entendre parler d'hypnose	58
Figure 13 : Définition de l'Hypnose de spectacle.....	59
Figure 14 : Définition de l'Hypnose médicale	59
Figure 15 : Intérêts de la pratique de l'hypnose en chirurgie-dentaire.....	59
Figure 16 : Bénéfiques de l'hypnose médicale en chirurgie dentaire	60
Figure 17 : Freins liés à la non prise en charge de la sécurité sociale	61

Table des tableaux

Tableau 1 : résultats du ressenti à propos de l'anesthésie locale.....	57
--	----

Th. D. : Chir. Dent. : Lille 2 : Année 2017 – N°:

Représentation de l'hypnose chez les patients consultant le service d'odontologie du CHRU de Lille

GHEVART Maxime. - 79p. ; 17 ill. ; 1 tabl. ; 109 réf.

Domaines : Médecine parallèle

Mots clés Rameau: Hypnose en odontostomatologie – Enquêtes ; Anxiété

Mots clés FMeSH: Hypnose dentaire ; Enquêtes et questionnaires ; Anxiété

Malgré de multiples progrès technologiques, en matière de dépistage, de diagnostic, et de prise en charge, notamment de la douleur, la consultation chez le chirurgien-dentiste reste encore aujourd'hui source de stress et d'anxiété, à la fois pour le patient et le praticien.

De nombreuses études relatives à l'hypnose ont été réalisées, mais seul un faible nombre d'entre elles se sont penchées sur le regard que peut avoir le grand public à propos de cette technique.

Le recours aux médecines alternatives, principalement en complément des médecines dites allopathiques, ne cesse d'augmenter avec comme but essentiel la recherche du bien-être. Pourtant, même si l'hypnose présente de nombreux avantages et applications sur le plan psychologique et thérapeutique en chirurgie-dentaire, sa popularité ne se voit pas augmenter. L'étude réalisée au sein du service d'Odontologie montre en effet qu'une trop grande méconnaissance de l'hypnose par le grand public combiné à de mauvaises croyances dues à l'influence médiatique, constituent un frein à son utilisation. De plus, en dépit de l'intérêt qu'éprouveraient les patients pour cette méthode, la non-participation de la sécurité sociale pour une séance de soin sous hypnose semble former une barrière supplémentaire.

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Thomas COLARD
Assesseurs : Madame le Docteur Caroline DELFOSSE
Madame le Docteur Céline CATTEAU
Monsieur le Docteur Thomas MARQUILLIER