

Ce document numérique est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

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

L'Institut Français d'Hypnose a pris soin de demander son accord à l'auteur avant de diffuser ce document.

UTILISATION DE L'HYPNOANALGÉSIE EN ODONTOLOGIE

Étude d'un cas clinique

Docteur Dominique LABASTIE



Mémoire pour obtenir le
Diplôme Universitaire d'hypnose médicale et clinique

Directeur de mémoire, Docteur Laurent CRUANES

Année Universitaire 2012 – 2013

TITRE

UTILISATION DE L'HYPNOANALGÉSIE EN ODONTOLOGIE

Etude d'un cas clinique

MOTS CLÉS

Hypnose dentaire, extraction dentaire, analgésie.

RÉSUMÉ

L'objectif de ce mémoire est de montrer à travers un cas clinique, l'apport de l'hypnose et plus spécifiquement de l'hypnosédation dans la réhabilitation de la denture d'une patiente.

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce modeste travail.

À l'équipe du CHOI qui a mis en place le DU d'hypnose sur l'île de la Réunion et tout particulièrement au Dr Laurent CRUANES, mon directeur de mémoire.

Au Dr Arnaud GOUCHET, à Mme Isabelle CÉLESTIN-LHOPITEAU, à M. Antoine BIOY qui par leurs interventions passionnantes m'ont permis d'intégrer l'hypnose dans mes outils de soignante.

Au Dr Guy CHEDEAU qui m'a fait découvrir l'hypnose médicale.

Je remercie Madame M. qui m'a fait confiance et a accepté d'être ma patiente dans cette « aventure ».

À Françoise, qui toujours souriante, a mis en forme ce document.

À mon amie Michelle, qui bien que retraitée a accepté de corriger ma copie.

À ma Grande, Marie et ma Puce, Lucile qui nourrissent ma vie.

INTRODUCTION:	4
1 - REVUE DES TRAVAUX ET PROBLÉMATIQUE	7
1.1 - ALLERGIE A L'ANESTHESIE LOCALE	7
1.2 - HISTORIQUE : L'HYPNOSE ET LA CHIRURGIE	9
1.3 - HYPNOSE ET DENTISTERIE AUJOURD'HUI.....	11
1.4 - DOULEUR ET HYPNOSE	13
1.4.1 - Hypnose médicale, hypno-analgésie	14
1.4.2 - Etude sur les effets de l'analgésie hypnotique sur le seuil de tolérance à la douleur dentaire	14
1.5 - PROBLÉMATIQUE.....	16
2 - METHODOLOGIE	17
2.1 - PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE	17
2.2 - PREMIÈRE SÉANCE D'HYPNOSE	18
2.2.1 - Observation et préambule.....	18
2.2.2 - Préalable.....	19
2.2.3 - L'induction.....	19
2.2.4 - L'approfondissement de la transe.....	19
2.2.5 - La phase de travail.....	20
2.2.6 - La terminaison.....	20
2.2.7 - Sortie de la transe	20
2.2.8 - Commentaires sur cette première séance.....	20
2.3 - DEUXIÈME SÉANCE D'HYPNOSE	21
2.3.1 - L'induction.....	21
2.3.2 - La transe	22
2.3.3 - L'approfondissement de la transe.....	22
2.3.4 - La phase de travail.....	22
2.3.5 - La terminaison.....	23
2.3.6 - Sortie de la transe	23
2.3.7 - Commentaires sur cette deuxième séance	23
2.4 - TROISIÈME SÉANCE D'HYPNOSE FILMÉE.....	24
2.4.1 - L'induction.....	24
2.4.2 - La transe	24
2.4.3 - L'approfondissement de la transe.....	25
2.4.4 - La phase de travail.....	25
2.4.5 - La terminaison.....	25
2.4.6 - Sortie de la transe	25
2.4.7 - Commentaires sur cette troisième séance	26
3 - RÉSULTATS ET DISCUSSION	26
3.1 - LA PART DU DENTISTE	26
3.2 - LA PART DE L'OUTIL HYPNOSE	27
3.3 - LE RESSENTI DE LA PATIENTE	29
3.4 - ASPECT ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIQUE	30
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	32
ANNEXES	34

INTRODUCTION:

L'école dentaire m'a appris à traiter les différentes parties de la cavité buccale, les dents, la gencive, le parodonte. Ma pratique est essentiellement manuelle. Elle s'appuie sur un plateau technique sophistiqué, des instruments qui percent, coupent, piquent, des produits plus ou moins agréables au goût et à l'odeur.

Mais au cours de la pratique clinique, je me suis rendue compte que l'exercice de ma profession ne se limite pas à poser un diagnostic et à effectuer toutes une série d'actes mécaniques pour soulager mes patients. L'organe dentaire est une partie d'une unité plus large, la cavité buccale, celle-ci constituant une partie du corps humain. Le corps humain est une partie du patient et le patient constitue une unité indissociable du corps et de l'esprit. Ma tâche consiste à traiter des personnes présentant des problèmes dentaires.

Mes études m'ont « techniquement » bien formée mais je n'étais pas préparée aux difficultés de la gestion émotionnelle des patients.

Au fil des années, malgré un aménagement de mon cabinet pour avoir un cadre de travail ergonomique et agréable, mon exercice devenait de plus en plus stressant car il me fallait composer avec la fatigue physique, les exigences de la gestion d'un cabinet (je suis à la tête d'une petite entreprise) et les relations avec mes patients. Je travaillais dans la souffrance et j'avais envers mes patients une attitude de plus en plus défensive.

Mon état m'amena à consulter une kinésithérapeute fascia-thérapeute. Elle avait suivi une formation d'hypnose médicale. Je n'avais jamais entendu parler d'utilisation de l'hypnose dans d'autres domaines que la psychiatrie et n'avais jamais imaginé qu'elle pourrait m'aider dans mon exercice. L'enthousiasme avec lequel elle me décrivit ce que l'hypnose lui avait apporté sur le plan professionnel et personnel m'amena à m'inscrire à la formation dispensait sur l'île par le **Dr CHEDEAU**.

De ce fait, ma première rencontre avec l'hypnose a été motivée par un besoin de bien être personnel. A la fin de mon cursus, j'utilisais à mon cabinet, la communication hypnotique et l'hypnose conversationnelle. Ma nouvelle pratique a modifié mes rapports avec mes patients. J'ai appris à m'ouvrir à eux, à accepter leur peur, leur angoisse sans la faire mienne. J'ai appris à les écouter, j'ai réduit mon stress et retrouvé du plaisir à ma pratique.(17)

La mise en place d'un DU sur l'île me semblait une opportunité pour passer au stade supérieur et me lancer dans l'hypnose formelle. L'enseignement très pratique, m'a permis, dès la première semaine de soigner une patiente en transe hypnotique.

Madame M. se présente à mon cabinet pour receler une coiffe prothétique. L'examen dentaire montre que les prothèses conjointes, (couronnes et bridges) présentes dans sa bouche ne remplissent plus leur rôle. L'examen radiologique confirme le diagnostic, les coiffes prothétiques ne sont plus jointives et les traitements canalaires des dents dépulpées doivent être repris après dépose des prothèses en place.

Mme M., est consciente de ses problèmes dentaires et elle n'arrive pas à se décider à réaliser les travaux nécessaires pour réhabiliter sa denture. Elle évoque, un travail prenant ne lui permettant pas de se libérer facilement pour prendre un rendez-vous, des problèmes de douleurs au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire lorsqu'elle garde longtemps sa bouche ouverte, des allergies médicamenteuses rendant toutes médications difficiles et un mauvais souvenir d'extraction dentaire avec des suites douloureuses.

A la suite de notre entretien post soins, Mme M. décide de commencer les travaux de réhabilitation. Mme M. a l'impression que sa bouche est « un chantier » sans fin et nous décidons de réhabiliter sa cavité buccale en travaillant cadran par cadran, en commençant par la mâchoire supérieure droite. Ainsi Mme M. pourra, à la fin de chaque séance, visualiser les soins réalisés et leur progression.

Je prévois une séance d'une heure pour déposer son bridge de quatre dents de la canine à la première molaire droite, retailer les couronnes et mettre en place un bridge provisoire. Mme M. est angoissée par la durée de la séance, une mauvaise occlusion dentaire due à l'absence de plusieurs dents est responsable d'un porte-à-faux entre les dents supérieures et inférieures (les dents entrent en contact 1000 à 1500 fois par jour), entraînant des douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire. Mme M. a des difficultés à maintenir sa bouche ouverte longtemps. De plus, Mme M. craint d'éventuels problèmes allergiques liés à l'utilisation d'anesthésique local.

L'hypnose me semble une bonne indication pour l'aider à commencer son traitement et nous décidons de programmer cette première longue séance sous hypnose. C'est une première pour ma patiente et pour moi. Le rendez-vous est pris pour un samedi matin.

Après une induction par le VAKOG, j'amène ma patiente dans un lieu de sécurité et je commence à travailler.

Mme M. est très réactive, la séance dure cinquante cinq minutes, je réalise les actes prévus. À l'issue de la séance, Mme M. est ravie, elle se sent reposée, à l'impression d'avoir « prolongé sa nuit ». Elle n'a pas conscience de la durée de la séance et n'a aucune gêne au niveau de l'ATM. Je suis moi aussi enchantée, j'ai travaillé sans m'arrêter et plus rapidement que d'habitude. L'état de relaxation de Mme M., m'a permis de ne m'occuper que de ses dents et de relâcher l'attention habituelle de surveillance des mouvements intempestifs du patient, de son stress et des signes de douleurs.

De plus l'état d'hypnose a pratiquement stoppé la salivation et le saignement des gencives, me permettant de travailler sans aspiration chirurgicale donc en supprimant le bruit de son fonctionnement.

Que du bonheur, gain de temps, gain d'énergie, je ne me sens pas fatiguée et ma patiente est calme, détendue et enchantée de son expérience. Cette séance est le catalyseur pour que Mme M. continue ses soins.

La dépose de la prothèse laisse apparaître que la molaire, pilier du bridge ne pourra pas être conservée. Compte tenu des antécédents allergiques de Mme M., je ne peux pas prendre le risque d'extraire la dent sous anesthésie locale.

Quatre possibilités s'offrent à moi :

- La première est d'araser la dent à hauteur de la gencive, de conserver les racines dans l'os. Ces racines seront recouvertes par un bridge. Cette possibilité présente l'inconvénient de conserver des racines dont le traitement canalaire n'est pas satisfaisant. Ces racines peuvent s'infecter et mettre en péril les travaux réalisés.
- La deuxième possibilité est d'extraire la dent sous anesthésie générale. Mme M. ne rentre pas dans les critères de prise en charge de soins dentaires sous anesthésie générale à l'hôpital. En effet, le service dentaire s'adresse aux enfants et aux jeunes handicapés ayant au moins cinq dents à traiter. Le service de stomatologie peut, dans ce cas, prendre en charge Mme M. mais le risque encouru est important par rapport au bénéfice et de surcroît l'acte n'est pas rentable.
- La troisième possibilité est d'adresser Mme M. à un allergologue pour la tester.
- La quatrième possibilité est d'effectuer l'extraction sous hypnose. L'hypnose peut-elle être un outil efficace dans ce soin très douloureux ?

Je vais m'attacher dans ce mémoire à retracer les trois premières séances de soins sous hypnose et mon cheminement pour réaliser des soins de plus en plus douloureux pour ma patiente.

1 - REVUE DES TRAVAUX ET PROBLÉMATIQUE

1.1 - ALLERGIE A L'ANESTHESIE LOCALE

L'allergie se définit comme « une réaction anormalement forte vis-à-vis d'une substance, généralement étrangère à l'organisme et normalement inoffensive qu'on appelle alors allergène ». Elle est également appelée réaction d'hypersensibilité.

On distingue quatre types d'hypersensibilités (classification de Gell et Combs):

- type I : hypersensibilité immédiate mettant en jeu les immunoglobulines E (IgE)
- type II : hypersensibilité par cytotoxicité
- type III : hypersensibilité par complexes immuns
- type IV : hypersensibilité retardée

En réalité, les réactions allergiques aux molécules d'anesthésiques locaux utilisés quotidiennement en dentisterie sont rares. Elles sont généralement dues à la présence d'autres composants dans la solution anesthésique.

Une solution d'anesthésique dentaire est composée de :

- molécule anesthésique, le plus souvent, une amine :
 - articaine,
 - mépivacaïne,
 - lidocaïne.
- Vasoconstricteur :
 - adrénaline,
 - noradrénaline.
- Conservateur :
 - le parahydroxybenzoate de méthyle ou de propyle qui est un antiseptique qui maintient la stérilité de la solution.
 - les métabisulfites qui sont des antioxydants de l'adrénaline.
 - l'EDTA qui prévient l'oxydation des sulfites.
- solution isotonique.

Une étude réalisée par le **Dr GUNERA-SAAD et coll.** au CH Lyon Sud en 2007 portant sur quatre-vingts malades intolérants aux anesthésiques locaux montre que les symptômes les plus fréquemment rapportés sont :

- -un œdème de la face dans 34 % des cas,
- -un malaise parfois accompagné de chute tensionnelle, de sueurs, de nausée ou d'une angoisse dans 32 % des cas,
- -une urticaire localisée ou diffuse dans 30 % des cas,
- -des dysesthésies (diminution ou exagération de la sensibilité) dans 12,5% des cas,
- -une dyspnée (difficulté à respirer) dans 9 % des cas,
- -une gêne laryngée dans 9 % des cas,
- -une dysphagie (difficulté à s'alimenter) dans 2% des cas,
- -des tremblements dans 2 % des cas.

Les délais de survenue des symptômes sont variables selon les malades :

- -dans les secondes suivant l'injection dans 9 % des cas,
- -dans les minutes suivant l'injection dans 36 % des cas,
- -dans l'heure suivant l'injection dans 18 % des cas,
- -entre 6 et 12 heures après l'injection dans 11 % des cas,
- -dans les 24 heures suivant dans 3, 5% des cas,
- -dans les 48 heures suivant le geste dans 1 cas,
- -dans la semaine suivant le geste dans 1 cas.

Aucun malade n'avait eu de choc anaphylactique vrai et parmi les 80 malades, une seule malade s'est révélée authentiquement allergique à la lidocaïne. (8)

Les réactions allergiques graves au cabinet dentaire sont majoritairement liées à une hypersensibilité immédiate de type I et se manifestent par une urticaire, un œdème local au point d'injection, un œdème de Quincke, un bronchospasme voire un choc anaphylactique.

1.2 – HISTORIQUE : L’HYPNOSE ET LA CHIRURGIE

Je n’ai trouvé dans la littérature antérieure au XXème siècle que peu de cas de dentistes ayant utilisé l’hypnose pour des soins dentaires. Il est vrai qu’autrefois la dentisterie consistait généralement à extraire les dents douloureuses. Cet acte étant un acte de chirurgie, je ferais ci-dessous une courte liste non exhaustive, des opérations chirurgicales pratiquées sous hypnose qui sont relatées dans la littérature.

L’hypnose à visée antalgique a débuté au début du XIXème siècle.

LES CHIRURGIENS :

Jules CLOQUET (1790-1883), chirurgien français, effectue en 1829, une mastectomie chez une patiente sous « sommeil magnétique » provoqué par Pierre Jean Chapelain. L’intervention, de 10 à 12 minutes, nécessita 2 incisions pour extraire la tumeur et pratiquer la dissection et l’ablation larges des adénopathies du bras. Pendant la durée de la chirurgie, « la patiente parlait calmement et ne donnait le moindre signe de sensibilité ; il n’y avait aucun mouvement dans les membres ou le visage, ni de changement de la respiration ou la voix, ni de retentissement émotionnel de la douleur discernable au niveau du pouls (...), il n’a pas été nécessaire d’utiliser une contention, nous n’avions qu’à l’encourager ». La patiente resta de façon continue dans un état de transe mesmérisme pendant 2 jours et, ensuite, ne manifesta aucun souvenir de ce qui s’était passé. (11)

James ESDAILE (1808-1859), chirurgien écossais, en poste à Calcutta, réalise plus de 2000 interventions dont 300 actes de chirurgie majeure grâce « au magnétisme animal ». Il rapportera les comptes rendus opératoires dans « Mesmérisme in India » publié en 1851. (5) (16)

John ELLIOTSON (1791-1868) (Londres) est un des premiers, en Angleterre, à réaliser des opérations chirurgicales à l’aide du magnétisme. De 1843 à 1856, il publie une revue, *The Zoist*, où il relate des actes chirurgicaux, réalisés sous hypno anesthésie. Il décrit également quelques extractions dentaires. En 1849, il fonde *The London Mesmeric Infirmary* dédié à la pratique du magnétisme animal. Il avance avec le **Dr PARKER**, son confrère chirurgien de Dublin, la notion de protection de l’organisme par un processus mental. (5) (16)

W. S. WARD, chirurgien anglais, ampute en 1848 une jambe sous hypnose mesmérisme et fait un compte rendu à la Royal Medical and Chirurgical Society.

Les témoignages indiquent que le patient n'avait ressenti aucune douleur pendant l'opération. La Société, cependant, refuse de le croire.

Joseph BRAID (1795-1860), chirurgien écossais, découvre les techniques du magnétisme animal lors d'une démonstration donnée par le célèbre magnétiseur français Lafontaine. Il pose les bases scientifiques de ce qu'il nomme : "**Hypnose**" (1843). La théorie du magnétisme, trop impalpable, tend à être remplacée par l'idée d'une relation patient/thérapeute. De nombreux professionnels de Santé se lancent dans l'aventure. (13) (15) (16)

En 1859, **Alfred VELPEAU**, titulaire de la chaire de chirurgie clinique à la faculté de Médecine de Paris, rend compte devant l'Académie des Sciences d'une intervention pratiquée sous anesthésie hypnotique au nom de 3 jeunes médecins, **Eugène AZAM**, **Paul BROCA** et **Eugène FOLLIN**. Ces derniers avaient opéré la veille, à l'hôpital Necker, une patiente d'une tumeur anale sous anesthésie hypnotique. L'opération, très douloureuse par nature, s'était déroulée sans que la patiente ne manifeste aucun signe de douleur. (5) (11) (15)

Plusieurs interventions chirurgicales sous hypnose sont relatées dans «La Gazette des Hôpitaux».

1841: le **Dr LOYSEL** de Cherbourg ampute une jambe

1845: les **Dr FANTON et TOSWEL** de Londres, amputent deux cuisses

1845: le **Dr JOLY** de Londres ampute un bras

1859: le **Dr GUERINEAU** de Poitiers, ampute une cuisse.

LES DENTISTES :

Le **Baron du POTET** (1796-1881), magnétise en 1819, les patients de son dentiste **MARTOREL** pour qu'il pratique des soins et extractions sans douleur. (12)

Jean-Victor OUDET (1787-1864) extrait une molaire chez une patiente sous hypnose en 1837. (15) (16)

Les **Dr RIBAUD et KIARO**, en 1847 deux chirurgiens dentistes de Poitiers, enlèvent une tumeur de la mâchoire en utilisant uniquement l'hypnose pour anesthésie. (16)

En 1890, **Henry CARTER** et **W. Arthur TURNER**, chirurgiens-dentistes de Leeds, en Angleterre, font une démonstration d'extraction dentaire sous hypno-anesthésie devant une assemblée médicale. (16)

LIEBEAULT (1866) publie une étude où il cite dix-neuf cas d'extractions indolores effectuées entre 1882 et 1883. (12) (15) (16)

Le **Dr BERNHEIM** (1837-1917), neurologue, utilise l'analgésie hypnotique pour soulager les névralgies dentaires et réaliser des extractions dentaires sans aucune souffrance. (12) (15) (16)

En 1846, avec l'invention du chloroforme, l'hypnose va alors quitter le bloc opératoire pendant plus d'un siècle. Par la suite, l'hypnose va intégrer le champ des psychothérapies. Cependant la pratique de l'hypnose ne disparaît pas complètement, et est rapportée à travers la littérature car l'hypnose reste une alternative pour diminuer les risques de l'anesthésie au chloroforme.

1.3 - HYPNOSE ET DENTISTERIE AUJOURD'HUI

Il faut attendre l'arrivée de l'hypnose éricksonienne décrite par **Milton H. ERICKSON** (1901-1980), psychiatre américain qui, en transformant l'hypnose traditionnelle directive et autoritaire en hypnose permissive, va ouvrir le champ de l'hypnose contemporaine. Cet outil de communication thérapeutique hypnotique va réveiller l'intérêt de l'hypnose médicale.

Thomas BURGESS, un psychologue de Moorhead, au Minnesota, aux États-Unis, commence à enseigner l'emploi de l'hypnose en odontologie dès 1927. (15)
Pendant la Seconde Guerre mondiale, l'hypnose est employée pour l'anesthésie lors des soins aux victimes de la guerre, blessées dans la zone oro-faciale. En 1948 est créée la Société américaine pour l'avancement de l'hypnodontie. En 1949, la Société américaine d'odontologie psychosomatique voit le jour. (15) (16)

Le premier livre sur l'hypnose en odontologie est publié aux États-Unis par le docteur A.A. **MOSS** en 1952 sous le titre: Hypnodontics or Hypnosis in Dentistry. (15) (16)

La même année, est fondée l'International Society of Clinical and Experimental Hypnosis.

En 1955, l'Association médicale britannique approuve officiellement l'emploi de l'hypnose en médecine et en odontologie. (15) (16)

En 1958, l'Association Médicale Américaine reconnaît officiellement l'hypnose comme une technique thérapeutique en médecine et en odontologie, et recommande d'inclure cette science dans les cursus des études de médecine. La même année voit l'apparition de la British Society of Clinical Hypnosis. (15) (16)

En février 1959, le **Dr BALDOMERO** se réunit avec 6 confrères odontologistes afin d'étudier la possibilité d'utiliser l'hypnose dans leur métier. C'est le **Dr Alfonso CAYCEDO** qui leur donnera cours d'hypnose. (12)

En 1960, lors de la deuxième semaine implantaire organisée par le **Dr CHERCHEVE** à l'hôpital Lariboisière, le **Dr BALDOMERO** fait une démonstration de conditionnement des patients par l'hypnose, en vue d'interventions implantologiques. (16)

Le **Dr Raphaël CHERCHEVE**, chef du service Implantologie à Lariboisière plaide les vertus de l'hypnose. Sa méthode dérive du Training Autogène de **SCHULTZ**. L'accent est mis sur la recherche de la lourdeur et de la chaleur en débutant par un bras puis en l'étendant à l'ensemble du corps; puis il est suggéré un relâchement musculaire pour terminer par des suggestions hypnotiques. Avant toute induction, il est demandé au sujet de s'imaginer dans une situation agréable (un moment de vacances par exemple). (12)

Il appelle sa méthode l'«hypnosophrologie». En 1970, il publie avec le **Dr BERRANGER**: «L'hypno sophrologie en art dentaire», le premier livre en langue française consacré aux applications de l'hypnose et sophrologie dans ce domaine. (16)

En 1973, L'International Society of Clinical and Experimental Hypnosis crée deux ans plus tôt devient l'International Society of Hypnosis (Société Internationale d'hypnose). Elle regroupe les sociétés d'hypnose des différents pays du monde. Les membres de ces sociétés sont exclusivement des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des psychologues. Depuis, l'hypnose est enseignée aux États-Unis et au Canada dans de nombreux établissements universitaire (l'University of Los Angeles School of Medicine, Long Island University, Roosevelt University, Tuft University et le John Al Collège à Montréal). Plusieurs universités renommées, comme Stanford et Columbia, ont des centres de recherche pour l'hypnose. (16)

En Angleterre, depuis 1991, l'université de Sheffield assure un enseignement d'hypnose clinique. Un cours d'hypnose appliquée fait partie des enseignements de l'University Collège de Londres depuis 1993. (16)

Une étude récente réalisée au sein des écoles dentaires aux États-Unis et au Canada montre que 26 % de ces établissements assurent une formation en hypnose clinique.(16)

En Allemagne, en Angleterre, au Canada, en Suède et aux États-Unis, l'hypnose figure au cursus universitaire.

En France, aucune des 16 facultés d'odontologie n'enseigne l'hypnose.

1.4 - DOULEUR ET HYPNOSE

Selon l'IASP (International Association for the Study of Pain, 1976), la douleur correspond à «une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage».

Cette définition permet de comprendre que la douleur comporte plusieurs composantes:

- -Une composante sensori-discriminative identifiant la douleur, sa qualité, sa durée, sa localisation, son intensité grâce aux mécanismes nerveux.
- -Une composante affective-émotionnelle conférant à la douleur son caractère désagréable, pénible.
- -Une composante cognitive-comportementale comprenant les processus mentaux influençant la perception de la douleur et les réactions qu'elle entraîne.
- -Une composante socio-économique, un agriculteur et un professeur ne réagissent pas de la même manière à un même mécanisme douloureux.
- -Une composante culturelle et ethnique.
- -Une composante religieuse.

En résumé, la douleur est une expérience subjective et comportementale qui naît du traitement d'un stimulus physique et ou psychologique, modifiée par les apprentissages antérieurs et les motivations actuelles.

Il existe également plusieurs types de douleurs : physique ou psychique, chronique ou aiguë.

En odontologie, la douleur est, la plupart du temps, une douleur physique aiguë provoquée par un phénomène physiologique ou pathologique (carie, éruption dentaire...) ou par les soins. La dimension cognitive occupe une place importante dans la modulation de cette douleur. En effet, les représentations collectives des soins dentaires vont toutes dans le sens

d'expériences désagréables souvent associées à la douleur au cours du traitement, pouvant durer plusieurs jours après l'intervention.

1.4.1 - Hypnose médicale, hypno-analgésie

L'hypnose médicale peut se définir comme «un état de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi ». (4) L'hypno-analgésie est l'utilisation de l'hypnose formelle et informelle dans la prise en charge des douleurs aiguës et chroniques. Les sujets sous hypnose sont-ils dans un état neurologique particulier ou seulement en proie à la force de suggestion de leur thérapeute ? Les résultats obtenus en utilisant l'imagerie cérébrale tendent à accréditer la première thèse et à objectiver l'hypnose.

La tomographie par émissions de positons (PET scan) et l'imagerie fonctionnelle par résonance magnétique (IRMf) ont été utilisées pour «visualiser» les modifications de l'activité cérébrale. L'équipe du **Dr Pierre RAINVILLE** du Département de stomatologie de la Faculté de médecine dentaire de Montréal, a pu analyser les modifications de l'activité cérébrale au cours de l'induction hypnotique et lors de suggestions d'analgésie. Elle a démontré que les effets produits par les suggestions d'analgésie ont entraîné des modifications très sélectives de l'activité de régions cérébrales normalement mise en jeu par les stimulations douloureuses expérimentales. (10) (12) (13)

Les suggestions visant à réduire le caractère désagréable de la douleur, s'accompagneraient d'une réduction de l'activité des régions insulaire et cingulaire (localisation de la composante affective-émotionnelle de la douleur), alors que l'activité du cortex somesthésique (localisation de la composante sensori-discriminative de la douleur), ne serait pas modifiée de manière significative.

Aujourd'hui l'état hypnotique est donc bien identifié et la question de savoir si l'on y croit ou non ne se pose pas. Par contre, nous sommes libres d'adhérer ou non à la pratique de l'hypnose.

1.4.2 - Etude sur les effets de l'analgésie hypnotique sur le seuil de tolérance à la douleur dentaire

L'utilisation de techniques hypnotiques pour diminuer l'anxiété et la douleur en odontologie est décrite dans la littérature (Patel et al, 2000 ; Willemsen, 2003), mais le nombre d'études contrôlées reste à ce jour limité. (10)

Nous disposons d'une étude récente, sur les effets de l'analgésie hypnotique sur le seuil de tolérance à la douleur dentaire. Elle a été publiée par le **Dr Enrico FACCO** et coll. dans l'International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis en 2011. (6)

Cette équipe compare l'intensité d'une douleur provoquée sur les premières prémolaires inférieures, la prémolaire droite ayant reçu une suggestion d'anesthésie contrairement à la prémolaire gauche. Un panel de 31 volontaires, 12 hommes et 19 femmes âgés de 28 + ou - 4,6 ans a été choisi parmi les étudiants de l'université de médecine et de dentaire de Padou. Ils sont en bonne santé et leurs premières prémolaires inférieures sont saines et exemptes d'obturations.

Le seuil de tolérance à la douleur est mesuré bilatéralement, trois fois, avant la transe hypnotique, pendant et après avec un conditionnement post hypnotique, par un Digitest™ electric pulp tester (Parkell, Inc., Farmingdale, NY, USA). Cet appareil envoie des stimuli électriques aléatoirement sur la première prémolaire inférieure droite (PMD) et la première prémolaire inférieure gauche (PMG) des sujets.

L'intensité du courant croît toutes les 400 msec. pour atteindre le seuil maximal de 64 mA qui correspond à une sensation désagréable de picotements ou de légère brûlure sur la dent. Les sujets tiennent l'électrode témoin fermement dans leur main et ont ordre de la lâcher dès que les stimuli deviennent douloureux, ce qui a pour conséquence d'ouvrir le circuit et d'arrêter le stimulus électrique. Ce procédé fournit une relation linéaire entre l'intensité du stimuli et l'intensité de la douleur.

L'induction hypnotique est réalisée par des suggestions de bien-être, de lourdeurs des paupières, de respiration ample et régulière et par la fixation du regard sur un point.

Après la fermeture des yeux, il est demandé aux patients de se concentrer sur leur corps, de la tête jusqu'aux pieds et le praticien leur suggère une sensation de lourdeur et de relaxation musculaire.

L'expérimentateur vérifie la réalité de la transe sur quelques signes comme : la lévitation d'un bras, le relâchement du visage, l'affaissement de la mâchoire accompagné d'une petite ouverture de la bouche et la respiration plus lente.

La mise en place de l'analgésie sur le côté droit de la mâchoire inférieure est obtenue en suggérant l'anesthésie du nerf de la dent et amplifiée en massant plusieurs fois avec le doigt la joue droite en regard de la PMD. Il est suggéré immédiatement après que les

sujets perçoivent une sensation d'anesthésie sur le côté droit prouvant que la dent et la gencive sont devenues complètement insensibles.

Les suggestions de ne prêter aucune attention à la mandibule droite avec ses dents, sa gencive, sa muqueuse et sa peau sont répétées plusieurs fois.

Après l'obtention de l'analgésie, les sujets sont invités à nager dans une magnifique eau tropicale et à explorer les récifs coralliens et observer leurs habitants.

Avant la fin de la transe hypnotique une suggestion post hypnotique leur suggère qu'ils vont ressentir un engourdissement sur le côté droit de la bouche, comme après une anesthésie locale, gêne qui disparaîtra spontanément dans les 20 minutes suivant la fin de l'expérience.

Le tableau situé dans les annexes montre que le seuil de tolérance à la douleur a augmenté de façon significative du côté droit pendant la phase hypnotique et post hypnotique.

Cette expérience confirme le réel pouvoir analgésique de l'hypnose.

1.5 - PROBLÉMATIQUE

Dans le cas de Mme M., l'hypnose peut-elle m'aider à réaliser tous ses soins ? L'hypnose peut-elle augmenter le seuil de douleur de Mme M. de façon à pouvoir réaliser des actes algiques, voire une extraction sans adjonction d'anesthésie locale?

L'étude de l'équipe du **Dr Enrico FACCO** (6) a démontré que l'hypnose augmente le seuil de douleur des patients mais je n'ai trouvé dans la littérature médicale récente qu'un seul cas d'extraction d'une dent sous hypnose sans adjonction d'anesthésie locale. Il est rapporté par **Suzanne KEPES** qui a assisté à l'extraction d'une dent à Philadelphie en 1956. (9)

Les cas d'extraction dentaire qui sont rapportés dans les revues médicales ou que j'ai visionné sur internet, sont pratiqués sous hypnosédation. Cette technique a été mise au point par le **professeur Marie-Elisabeth FAYMONVILLE** et son équipe du CHU de Liège en 1992. Elle associe l'hypnose formelle de type éricksonienne à une sédation intraveineuse et/ou à une anesthésie locale. (7) (11) (12)

Pour le **Dr Jean-Marc BENHAIEM**, responsable d'Hypnosis, un centre de soins par l'hypnose à Paris, c'est techniquement possible chez les 5 % de patients hyper suggestibles, c'est-à-dire très sensibles à l'hypnose. Pour lui, l'hypnose n'est pas une alternative à l'anesthésie, mais un appui, elle sert surtout à réduire l'appréhension de l'extraction. (3) Mme M. entre-t-elle dans cette population?

Mme M. est au courant de mes recherches; elle est partante pour explorer avec moi, dans le cadre de ses soins dentaires, toutes les possibilités que peut lui apporter l'utilisation de l'hypnose.

2 – METHODOLOGIE

2.1 - PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE

Mme M. vient consulter pour le descellement d'une couronne prothétique sur la première prémolaire supérieure droite. Ce n'est pas sa première visite à mon cabinet. En effet depuis trois ans, elle vient régulièrement «recoller» ses coiffes prothétiques. Elle a en bouche, dix couronnes et un bridge de quatre éléments qui ne jouent plus leur rôle fonctionnel. Il lui manque également plusieurs dents. Nous avons discuté lors de ses précédentes visites de la nécessité de réhabiliter sa cavité buccale et elle est consciente que plus elle tarde plus son état empire.

Elle ne trouve pas le temps de s'attaquer à ce qu'elle appelle « son chantier ». Les raisons qu'elle invoque sont : un travail très prenant avec des horaires difficilement compatibles avec un rendez-vous, une articulation temporo-maxillaire douloureuse lorsqu'elle garde sa bouche ouverte longtemps, de mauvais souvenirs de soins douloureux.

«Elle ne nous aime pas beaucoup» dit-elle en souriant. Le nous englobe les dentistes mais également les médecins.

«Elle ne se sent pas le courage se lancer dans des travaux longs». De plus actuellement, elle est très fatiguée, physiquement et psychiquement.

Sur la fiche de renseignements qu'elle a remplie, Mme M. mentionne un terrain allergique. Elle est allergique à l'aspirine et tous ses dérivés. La prise d'un comprimé d'Alka

Seltzer® a provoqué un œdème de Quincke. Son dossier médical mentionne également des malaises à la suite de prise de corticoïdes. Elle garde également le souvenir d'un incident chez un dentiste à la suite d'une anesthésie locale.

L'examen endo buccal ne permet pas de replacer de façon pérenne sa coiffe prothétique du fait de l'état de délabrement de la dent restante.

L'examen radiologique montre un traitement canalaire et une longueur de racine compatible avec la réalisation d'un faux moignon sur lequel je pourrais réajuster sa coiffe. Je lui remets donc provisoirement sa coiffe et lui propose un second rendez-vous.

Notre conversation s'oriente sur les cours d'hypnose médicale que je suis actuellement. Mme M. se dit très intéressée par une séance de soins sous hypnose.

Rendez-vous est pris, cela sera une première pour elle et pour moi le baptême du feu.

2.2 - PREMIÈRE SÉANCE D'HYPNOSE

Cette rencontre se déroule un samedi matin. Mme M. a eu une semaine stressante, elle est fatiguée.

2.2.1 - Observation et préambule

Je reçois Mme M. à mon bureau et commence par lui poser des questions sur ses croyances sur l'hypnose, son éventuelle appréhension face à cette technique. Elle a une idée assez précise de l'état hypnotique et l'associe avec un état de relaxation.

Je lui pose quelques questions sur ses pôles d'intérêts, Mme M. est sportive, elle pratique le tennis et fait des compétitions. Elle aime recevoir et prend plaisir à composer ses menus et dresser sa table. Elle s'occupe également de son jardin et aime décorer son intérieur. Elle a un physique très soigné et s'habille avec recherche.

L'observation de Mme M. et l'écoute de son discours me permette d'identifier son canal sensoriel. Mme M. a une appréhension du monde plutôt visuelle.

Mme M. aime à se ressourcer au bord de la mer.

Je lui explique le déroulement de la séance, je vais l'accompagner dans une séance de relaxation, lui permettant de se trouver à la fois au bord de la mer et ici dans le cabinet pour réaliser un soin non douloureux.

2.2.2 - Préalable

Je l'installe ensuite sur le fauteuil.

Je lui demande de s'installer le plus confortablement possible et commence à me synchroniser avec sa respiration.

J'intègre les différents bruits qui pourraient survenir, téléphone, porte qui s'ouvre, ainsi que les bruits de mes instruments.

Nous mettons en place le signaling, elle peut répondre à mes questions en soulevant un doigt de la main gauche.

Je lui donne les consignes de sortie de la transe et lui propose de quitter la transe à n'importe quel moment si elle en ressent le besoin.

2.2.3 - L'induction

J'utilise le VAKOG. Je lui demande de prendre conscience des bruits extérieurs de la pièce et du paysage à travers la fenêtre, puis de prendre le temps de se familiariser avec son environnement et plus particulièrement le tableau qui est sur le mur en face d'elle et peut-être d'observer juste un détail de ce tableau.

Mme M. ferme les yeux, je valide et lui suggère de continuer à observer avec une attention différente, tourner vers l'intérieur de son corps.

Sa respiration est régulière, calme, son visage détendu.

2.2.4 - L'approfondissement de la transe

Mon but est d'amener Mme M. dans une détente de son corps et de son esprit. Je l'invite à utiliser sa respiration pour détendre ses muscles et ses articulations, plus précisément à se concentrer sur chaque muscle de son visage et de son cou, à décontracter chaque groupe musculaire. J'utilise l'image des idées qui passent dans sa tête sans s'arrêter, comme les nuages. Je l'accompagne au bord de la mer, peut-être sur une plage ou sur une falaise, (Mme M. est bretonne) et l'invite à observer le lieu où elle se trouve tout en s'installant de plus en plus confortablement sur le fauteuil (dissociation). Je l'amène à s'installer dans ce lieu (lieu de sécurité). Ses globes oculaires bougent énormément sous ses paupières, sa respiration est toujours calme et régulière.

2.2.5 - La phase de travail

Je commence les soins dentaires et lui propose d'être de plus en plus confortable au fur et à mesure que je travaille (approfondissement de la transe).

Je réalise un faux moignon en mettant un ancrage canalaire puis à l'aide d'un moule préformé, confectionne une dent provisoire. Mme M. est toujours détendue, complètement immobile, je l'accompagne par des petites phrases comme «vous profitez pleinement de ce moment de détente», «votre respiration est calme et régulière».

Prise par mon travail, j'ai du mal à imaginer des phrases et répète les mêmes pendant tout le soin. L'image de la respiration revient souvent comme un leitmotiv. Mme M. n'a pas l'air d'en être gênée. Elle garde sa bouche grande ouverte, ne déglutit pas et ne salive pas ce qui me permet d'utiliser une technique de collage de composite avec sécurité.

2.2.6 - La terminaison

Les soins dentaires terminés, je suggère à Mme M. de retrouver cet endroit où elle se sent bien quand elle le désire en s'installant confortablement et en prenant une grande inspiration (suggestion post hypnotique et ancrage).

Je lui propose également que comme son corps sait si bien le faire, elle n'aura aucune suite désagréable ou douloureuse à la suite de ses soins (suggestion post hypnotique).

2.2.7 - Sortie de la transe

Je réoriente ma patiente dans le temps et dans l'espace, « ici et maintenant», en reprenant le VAKOG dans l'autre sens.

Mme M. s'étire, un grand sourire sur les lèvres et me dit qu'elle a l'impression d'avoir «continuée sa nuit».

2.2.8 - Commentaires sur cette première séance

Mme M. se sentait bien dans son lieu de sécurité et ne désire pas m'en parler. Elle n'a pas de souvenir du déroulement des soins dentaires (amnésie partielle). Elle n'a pas ressenti de douleur à l'ATM, ni de gêne pendant les soins.

Elle a surtout perdu la notion du temps (distorsion du temps), les soins ont duré près d'une heure.

Si Mme M. est étonnée de cette distorsion, j'en suis moi aussi perplexe pour deux raisons. Premièrement, je n'ai pas vu le temps passer, deuxièmement c'est à peu près le temps que j'aurais mis sans avoir recours à l'hypnose, j'ai donc travaillé plus vite.

A la suite de cette séance Mme M. accepte de continuer ses soins à condition que les séances longues soient faites sous transe hypnotique. Nous établissons un premier plan de traitement visant à réhabiliter sa denture. Je vais travailler cadran par cadran, ainsi Mme M. pourra visualiser la progression des soins. Dans un premier temps, je vais démonter les prothèses conjointes présentes, retraiter les canaux radiculaires et refaire leur obturation lors qu'elle n'est pas optimale, mettre en place des obturations avec ancrage radiculaire, tailler les faux moignons et mettre en place des prothèses provisoires.

Pour affiner ce plan de traitement, je demande à Mme M. une radiographie panoramique de sa denture et l'étude de cette panoramique, complétée par une série de radiographies rétro alvéolaires laisse apparaître la perspective de soins plus compliqués et plus long que prévus. Il est également clair que je ne pourrais pas conserver toutes les dents présentes.

Mme M. est très réticente quant à l'extraction de ses dents. La dernière extraction dentaire qu'elle a subit, il y a de nombreuses années a entraîné un œdème facial, qu'elle attribue à l'anesthésie locale. De plus, les suites opératoires ont été très douloureuses. Nous convenons de ne pas nous occuper pour l'instant des dents à extraire et nous programmons une séance longue sous hypnose pour réhabiliter le cadran inférieur droit.

Le travail va consister à démonter les coiffes prothétiques de la première et deuxième pré molaire, mettre en place des obturations avec ancrage radiculaire sur la deuxième et troisième molaire et tailler un bridge provisoire sur ces quatre dents. Ce travail m'oblige à tailler les dents sous la gencive et nécessiterait normalement une anesthésie locale.

2.3 - DEUXIÈME SÉANCE D'HYPNOSE

Après l'installation de ma patiente sur le fauteuil, je lui rappelle les consignes citées dans le paragraphe précédent, en insistant tout particulièrement sur le fait que nous pouvons arrêter le travail si sa situation est trop inconfortable.

2.3.1 - L'induction

Le but de cette séance est d'obtenir une hypnosédation et de me permettre d'effectuer des soins douloureux sans injection d'anesthésie locale. Pour cela j'utilise l'induction dite «de ROSSI». Je place les mains de ma patiente devant elle, les coudes près du corps, les avant-bras tendus, les paumes de main tournées l'une vers l'autre.

Je lui demande de les observer, d'observer d'abord la main droite puis la gauche, puis les deux et de fixer ensuite son regard sur l'une de ses mains ou au centre.

Après quelques suggestions sur le regard, je lui pose la question de savoir si ses yeux vont se fermer lorsqu'elle se sentira prête à travailler. Mme M. ferme les yeux.

2.3.2 - La transe

Je l'amène à ressentir une sensation différente dans l'une de ses mains, de la chaleur, de la fraîcheur ou tout autre chose et lui demande de m'indiquer laquelle des deux mains va travailler, elle me désigne la main gauche.

J'amène sa main gauche à ressentir une sensation d'engourdissement, d'anesthésie et lui demande d'amener cette main vers sa joue et plus précisément dans la partie inférieure droite de son visage (lévitation). La progression se fait lentement et j'approuve toutes les étapes. Je lui suggère de diffuser l'anesthésie de sa main sur son visage. Mme M. frotte sa main par petits mouvements circulaires sur sa joue. Je demande à Mme M. de reposer ses mains tranquillement sur ses cuisses lorsqu'elle jugera sa mâchoire suffisamment endormie.

2.3.3 - L'approfondissement de la transe

J'amène Mme M. à s'installer dans son lieu de sécurité et d'observer que plus je ferai du bruit plus elle s'y installera confortablement. Cette fois, je lui demande de délimiter l'endroit où elle se trouve, d'y mettre une frontière proche ou éloignée, virtuelle ou réelle de façon à ne permettre l'accès de ce lieu qu'aux éléments dont elle désire la présence J'aimerais ainsi qu'elle se sente très protégée.

2.3.4 - La phase de travail

La préparation à ma phase de travail a pris douze minutes.

J'effectue les travaux prévus. Mme M. grimace lorsque je coupe sa gencive mais ne me fait pas de signes pour que j'arrête. Je travaille rapidement, il n'y a pas de salive,

pas de mouvements intempestifs de la part de ma patiente et surtout les saignements sont minimes et ne gênent pas ma vision.

J'accompagne ma patiente de quelques phrases, toujours les mêmes.

2.3.5 - La terminaison

Je fais des suggestions post hypnotiques, je propose à ma patiente de ne pas avoir de suite désagréable, ni douloureuse et une bonne cicatrisation. Je la guide vers le réveil de sa mâchoire, lui demande de retrouver les sensations normales sur sa peau, sa gencive et ses dents.

2.3.6 - Sortie de la transe

Je ramène ma patiente ici et maintenant à l'aide de sa respiration, en prenant une, deux ou plusieurs grandes inspirations.

2.3.7 - Commentaires sur cette deuxième séance

Ma patiente est calme, détendue. Elle m'avoue ne pas avoir écouté mes paroles et s'être réfugiée très vite dans son lieu de sécurité.

Elle ne se rappelle pas des différentes étapes de soins, il lui semble avoir ressenti «des choses» pas très agréables mais cela ne lui semble pas important. Elle ressent un léger picotement sur la gencive.

La séance a duré 90 minutes et ni l'une ni l'autre ne sommes fatiguées. Je fais l'empreinte de ses dents et lui donne rendez-vous la semaine suivante pour poser son bridge provisoire.

Cinq jours plus tard, la gencive de Mme M. est cicatrisée, le bridge s'adapte bien et Mme M. est contente d'avoir retrouvé une occlusion à droite. Je l'interroge sur les suites de la dernière séance et elle n'a ressenti aucune douleur ni gêne.

Pour respecter le plan de traitement, il faut maintenant extraire la première molaire droite. Nous avons dès la fin de la première séance, envisagé la possibilité d'aller un peu plus loin dans l'hypno analgésie et de tenter l'extraction de sa première molaire supérieure droite sans adjonction d'anesthésie locale. Mme M. se dit prête à le faire lors du prochain rendez-vous.

2.4 - TROISIÈME SÉANCE D'HYPNOSE FILMÉE

Mme M. est ma dernière patiente de la matinée du samedi et au fur et à mesure que celle-ci s'écoule, je me pose des questions quant au bien-fondé de cette future séance et je commence à m'angoisser.

Les différents outils nécessaires à l'extraction sont prêts et à portée de main. J'organise mon plateau de travail de façon à ne pas avoir à me déplacer.

La radiographie de sa dent est affichée en gros plan sur l'écran de l'ordinateur derrière moi et je peux ainsi à tout moment visualiser les racines de la dent à extraire.

Pour plus de confort, je climatise le cabinet avant son arrivée, ainsi la température de la salle sera agréable. Je branche également le diffuseur d'huile essentielle et y place de l'HE de lavande pour ses vertus apaisantes.

J'ai prescrit à Mme M. deux comprimés de 1g d'antalgique de niveau 2: du paracétamol codéine ainsi que deux comprimés d'Atarax ® 25mg, si elle se sentait anxieuse, à prendre 2 heures avant le début des soins.

A son arrivée, Mme M. est calme, elle n'a pas tout à fait suivi mes recommandations et a pris un comprimé d'Atarax et 1g de paracétamol sans codéine.

2.4.1 - L'induction

J'utilise comme durant la précédente séance l'induction de « Rossi ». Très rapidement, Mme M. ferme les yeux.

2.4.2 - La transe

Après la suggestion d'anesthésie de la main, je demande à Mme M. de l'amener vers son visage. Son mouvement d'élévation est rapide et je m'interroge sur la réalité de sa transe.

Si la fois dernière Mme M. a frotté doucement sa joue, cette fois ; elle enfonce son doigt dans sa joue face à la dent à extraire. J'insiste sur la diffusion de l'anesthésie, sur le confort et la sécurité.

Le visage de Mme M. n'est pas détendu, elle fronce son front entre ses yeux. Mme M. repose sa main sur son ventre une fois qu'elle pense que son anesthésie est suffisamment profonde. Sa main redescend très rapidement.

2.4.3 - L'approfondissement de la transe

J'amène Mme M. à s'installer dans son lieu de sécurité que je lui fais délimiter. Son visage se détend, sa respiration est calme, profonde et je n'ai plus de doute quant à la réalité de sa transe.

La phase d'induction et de transe a duré douze minutes.

2.4.4 - La phase de travail

A l'aide d'une fraise, je sépare les trois racines de la dent. Cet acte saigne peu et ne suscite pas de réaction chez ma patiente.

Je commence ensuite à l'aide d'un «luxator» à descendre le long de la racine mésiale pour la mobiliser, Mme M. geint, je l'encourage à approfondir son anesthésie par de grandes respirations. Cette première racine vient facilement. La racine palatine, bien que luxée, ne veut pas venir. Mme M. se plaint plus fort, je suggère à Mme M. d'autoriser sa dent à quitter sa bouche pour lui permettre d'avoir une denture plus belle et plus efficace, la racine finit par sortir, entraînant avec elle un granulome péri apical.

Je n'arrive pas à extraire la racine distale. Je n'ai pas de prise pour la saisir et lorsque j'utilise mon élévateur pour faire levier, Mme M. s'agite, me signale qu'elle a mal et j'interromps mon acte. Mme M. a le visage crispé et je décide de ne pas continuer l'extraction.

J'ai mis dix-huit minutes pour extraire deux racines.

2.4.5 - La terminaison

Cette fois, je fais à Mme M. des suggestions d'amnésie. Je lui propose de laisser partir le souvenir de cette séance. Je lui suggère également de ressentir comme dans le cas d'une anesthésie locale avec un produit chimique, un endormissement pendant les 20 mn qui vont suivre et ensuite de ne pas ressentir de douleurs gênantes et de bien cicatriser.

2.4.6 - Sortie de la transe

La sortie de la transe est longue, Mme M. est plus détendue mais ne répond pas à mes suggestions. Je la laisse revenir à son rythme. Elle met cinq minutes à ouvrir ses yeux.

2.4.7 - Commentaires sur cette troisième séance

La séance a duré trente-huit minutes. Mme M. m'interroge pour savoir si j'ai extrait la dent. Elle s'inquiète également du devenir de la racine restante. Elle se sent bien maintenant mais a eu très mal lors de la mobilisation de la dernière racine. Mme M. a de toute évidence mieux vécu la séance que moi, et voyant ma tête me demande si je veux bien continuer les travaux la semaine prochaine comme prévue.

3 - RÉSULTATS ET DISCUSSION

Le résultat espéré n'est pas atteint puisque l'extraction n'a pas été complètement réalisée. Les raisons de ce demi échec ou cette demie réussite sont certainement multifactorielles, dues à des causes purement liées à mon attitude et mes choix de dentiste ainsi qu'à l' «outil hypnose» aujourd'hui.

3.1 - LA PART DU DENTISTE

J'ai fait plusieurs erreurs en programmant cette séance.

La première est d'ordre psychologique et elle a, à mon avis, le plus contribué à l'arrêt de l'extraction. Je n'ai pas envisagé le fait que je ne supporterais pas de réaliser l'extraction sans la certitude que ma patiente ne souffrait pas. Dès les premières plaintes de ma patiente, ma main tremblait et mon geste a perdu de son efficacité.

Mme M. n'a pas suivi mes instructions de prémédication, la dose d'antalgique prise n'était peut-être pas suffisante en accompagnement avec l'hypnose et j'aurais peut-être du reporter la séance.

Ce premier choix d'extraction est lié avec le fait que je voulais suivre le protocole de soins mis en place et pour passer à la partie gauche de la bouche de Mme M., il me fallait terminer la partie droite et donc extraire la molaire. Cette logique a masqué la réalité de l'acte. Pour une première extraction sous hypnose, il aurait été préférable d'extraire une mono radiculée.

Je n'ai pas interrogé Mme M. pour lui demander si elle avait des douleurs sur cette dent, or à la fin de la séance, Mme M. m'a avoué que la dent était douloureuse depuis quelques jours.

La présence du granulome péri apical confirme que la dent était infectée et Mme M. aurait du recevoir des antibiotiques avant l'extraction.

Le fait que Mme M. au cours de la transe ait appuyé très fort sur sa joue, avec un doigt et exactement en face de la dent à extraire, m'a interpellée et je ne me suis pas posée la bonne question. Pour localiser la position de la dent à travers la joue, il fallait que cette zone soit déjà connue de Mme M. donc déjà douloureuse.

Je pense également que je n'avais pas suffisamment d'expérience en hypnosédation pour «m'attaquer» à l'extraction d'une molaire.

3.2 - LA PART DE L'OUTIL HYPNOSE

L'hypnosédation a été suffisante jusqu'à une limite de soins que je n'aurais jamais atteinte normalement sans anesthésie locale. Elle m'a permis de découper la gencive, de séparer des racines et de les luxer, déchirant ainsi le ligament alvéolo dentaire très innervé. Dans cette séance avec Mme M. et ce jour-là, l'hypnosédation a trouvé une limite.

Pour le docteur **Jean-Marc BEHAIEM**, responsable d'Hypnosis, un centre de soins par l'hypnose à Paris, l'extraction sans adjonction d'anesthésie locale est techniquement possible chez les 5 % de patients hyper suggestibles. (3) Il faut donc en conclure que l'hypnosédation ne permet pas dans la grande majorité des cas de réaliser un acte très douloureux dont l'extraction dentaire.

Le **Dr Grégoire MONDIE** rapporte dans sa thèse de doctorat : « Pour deux patients du groupe hypnose il a été possible d'inciser, de décoller le lambeau, de pratiquer le fraisage osseux et de luxer la dent sans anesthésie. Au moment de l'extraction une douleur a été ressentie et il a donc fallu compléter l'anesthésie hypnotique par une anesthésie chimique ». (10)

Pourtant avant l'apparition des substances anesthésiantes, des médecins et des dentistes ont procédé à des actes chirurgicaux sous hypnose.

Cette constatation m'amène à penser que la douleur est peut-être liée à l'époque. Les patients, autrefois avaient-ils un seuil de douleurs très haut, une suggestibilité plus importante, ou une autre relation à la douleur ?

La douleur est un mot chargé de références et de connotations culturelles, associé à des théories scientifiques et philosophiques les plus diverses. Pour notre civilisation

judéo-chrétienne, la douleur était à la fois une épreuve de rédemption de l'âme ou bien un châtement. (14)

Pour la médecine du 19^{ème} siècle, la douleur a un intérêt médiocre. Lors d'une séance de l'Académie des sciences, en février 1847, **MAGENDIE** s'exclamait à la suite d'un rapport fait par **VELPEAU** sur l'éthérisation : "Qu'un malade souffre plus ou moins, est-ce là une chose qui offre de l'intérêt pour l'Académie des sciences ?".(14)

D'autre part, la douleur paraissait nécessaire, « comme coup de fouet indispensable à un organisme éprouvé, qui doit retrouver l'énergie menant à la guérison. Dans un organisme malade, l'aiguillon de la douleur réveille l'énergie vitale ». (14)

Aujourd'hui, le statut de la douleur, mal nécessaire, fatalité et résignation, n'est plus toléré.

Pour le neurochirurgien **LERICHE** (1879-1955):"La douleur est un phénomène individuel monstrueux et non une loi de l'espèce Un fait de maladie". (14)

Hier, la douleur était une fatalité acceptée ou sublimée; aujourd'hui sa prise en charge est un droit pour le patient et un devoir pour le praticien (qui peut même avoir sa responsabilité engagée pour non-respect ou manquement à cette obligation).

L'efficacité de l'hypnosédation à ses débuts est certainement due à la conjugaison de tous ces facteurs, croyance religieuse ou médicale, seuil de tolérance à la douleur, ignorance...

Bertrand MEHEUST, résume mon interrogation: «Si aucun médecin aujourd'hui ne s'aventure plus de nos jours à amputer la jambe d'un patient placé sous hypnose, c'est parce que le dispositif qui organise, comprime, régule le psychisme contemporain ne permet plus la circulation de telles intensités; c'est qu'ont disparu les pratiques, les systèmes symboliques, les relations interpersonnelles, les lois, les vides juridiques qui rendaient possibles, au milieu du XIX^e siècle, de telles opérations». (9)

Si je relie la douleur à l'époque, il faut également la relier à un mode de civilisation. La séance aurait-elle été la même si Mme M. qui est métropolitaine avait été d'origine malgache ou asiatique ? Et ceci peut être le sujet d'une vaste étude qui sort du cadre de mon mémoire et de mes connaissances.

3.3 - LE RESSENTI DE LA PATIENTE

Au cours de notre entretien de fin de séance, je conviens avec Mme M. de lui téléphoner en fin d'après-midi et je lui donne un rendez-vous le lundi pour vérifier son alvéole. Je téléphone à Mme M. en fin d'après-midi, l'anesthésie a perduré, elle a déjeuné normalement. L'alvéole est légèrement douloureuse mais c'est très supportable.

Le lundi matin, Mme M. a passé un bon week-end de fête des mères, son alvéole ne lui fait mal que si elle la touche avec la langue ou avec des aliments. À l'examen, l'alvéole paraît saine, le caillot de cicatrisation est bien formé, la gencive est normale d'aspect. La palpation déclenche une légère douleur.

Au cours d'une nouvelle séance de soins, programmée le samedi suivant, je demande à Mme M. de me raconter les souvenirs qu'elle garde du rendez-vous précédent.

Les souvenirs de Mme M. sont précis jusqu'à l'entrée en transe puis ils deviennent confus, elle perd la chronologie du déroulement des soins et ne garde aucun souvenir de la sortie.

Elle a eu beaucoup de mal à lâcher prise, «j'étais tendue car je craignais cette extraction». Elle a mis du temps à accepter les consignes, «je freinais autant que je le pouvais, j'étais encore sur la première consigne quand la deuxième arrivait».

Elle n'a pas aimé «le chemin par lequel je suis passée», les termes «médicaux» comme anesthésie et tout ce qui se rapportait à la dent l'ont «bloquée».

«Plus j'entendais de termes scientifiques, plus je me raidissais».

Elle préfère «les chemins plus ouverts», «moins accès» sur ce qu'elle doit faire. Elle s'est sentie «plus en confiance» lorsqu'elle a rejoint son lieu de sécurité. Le ressenti de Mme M. correspond à ce que j'ai observé.

Mme M. n'arrive pas à se remémorer la phase de travail. Elle ne se rappelle pas les premiers gestes de l'extraction, «j'ai juste senti que tu étais sur la dent» Lorsque j'ai retiré la première racine, «je ne m'y attendais pas et je me suis tendue pour les autres racines». Elle pense être sortie de sa transe quand sa douleur «n'était plus acceptable» et ne se rappelle pas y être réentrée.

Elle confond les sorties de transe des différentes séances et est étonnée que cette dernière ait duré plus de cinq minutes. Elle se rappelle s'être sentie «fatiguée, vidée». Depuis lundi soir elle a mal, les douleurs sont diffuses, elles lui semblent d'origine osseuse, elles se calment avec la prise d'un gramme de paracétamol.

Dans l'ensemble, Mm M .a vécu une expérience globalement positive malgré les phases de douleurs.

Elle désire continuer ses soins sous hypnose, le problème des extractions restantes est pour le moment mis entre parenthèses.

3.4 - ASPECT ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIQUE

Lors de ma séance de soins avec Mme M., la confrontation à sa douleur a provoqué chez moi de la culpabilité, mais peut-on me reprocher d'avoir bafoué la règle du «Primum non nocere»?

La profession de chirurgien-dentiste dispose de son propre code de déontologie qui énonce de façon exhaustive les comportements appropriés et inappropriés. Je dois délivrer des soins consciencieux et conformes aux données acquises de la science.

Dans le cadre de mon art et dans les limites de ma compétence, je suis seule juge du choix thérapeutique. En effet les tribunaux nous accordent formellement le droit de choisir la technique que nous estimons la meilleure, du moment qu'elle n'est pas expérimentale. (Cours d'appel d'Aix. Arrêt du 14 février 1950). L'hypnose médicale est reconnue, je peux donc me servir de l'hypnose comme un outil supplémentaire dans mon arsenal thérapeutique.

Mme M. a été clairement informée de l'acte programmé, elle était consciente que je réaliserai l'extraction sans adjonction d'anesthésie et parfaitement consentante. J'ai obtenu, comme pour tous les actes que j'ai réalisés, son consentement libre et éclairé.

Mme M. avait à tout moment la possibilité d'arrêter la séance. Je peux considérer que la douleur iatrogène que j'ai induite chez ma patiente était acceptable jusqu'au moment où j'ai cessé de l'induire à sa demande. Je pense donc être en accord avec la déontologie de ma profession.

Ai-je dépassé les limites de ma compétence en hypnose ?

Dans le cadre de ma formation à 'hypnose médicale il m'a été demandé de souscrire à la charte éthique présentée en annexe.

Je pense avoir respecté cette charte et notamment le paragraphe 1 portant sur le respect, l'intérêt et le bien être de ma patiente en mettant tout en œuvre pour réaliser l'extraction de sa dent, en arrêtant mon acte dès que Mme M. me l'a signifié et en continuant son accompagnement jusqu'à sa complète sortie de transe.

CONCLUSION

L'expérience clinique lors de cette étude a été riche en enseignements et en émotions.

Du point de vue du soignant, l'hypnose m'a permis de réaliser avec efficacité des soins pénibles lors de séances plus longues et dans des conditions plus confortables qu'habituellement. Lors des deux premières séances, l'absence de tension nerveuse et le calme dans lequel s'est déroulé le travail, ont engendré peu de fatigue. L'hypnose m'a permis de travailler plus vite donc de gagner du temps et donc d'être plus rentable.

Du point de vue de ma patiente, l'hypnose l'a aidée à ne plus reculer sans cesse et à aller jusqu'au bout de ses soins.

L'hypnose a modifié notre relation patient-praticien, tissant des liens plus confiants et de ce fait elle a amélioré le bien-être de ma patiente et le mien.

L'hypnose a été un outil efficace dans tous les stades des soins prodigués à Mme M.

Elle ne m'a pas permis dans ce cas de réaliser la totalité de l'extraction sans anesthésie locale, mais la réalisation de cet acte, dans un contexte d'allergie vraie reste une exception. La correction des erreurs commises et plus de pratique donc de confiance en moi, devraient me permettre de réaliser cet acte.

Tous les jours, le dentiste suggère, raconte des histoires pour détourner l'attention de son patient. Il est comme M. Jourdain, il fait de l'hypnose sans le savoir mais il le fait sans avoir de méthode.

L'étude de l'hypnose formelle permet d'acquérir une technique sûre et simple. Elle est à ranger dans notre boîte à outils et à utiliser quand nous en avons besoin avec nos patients.

Je souhaite que mes patients ne puissent plus dire:

«Il y a trois choses qu'on ne peut pas regarder en face: le soleil, la mort et le dentiste»

(Alex Métayer)

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Allain F. *L'hypnose : un outil thérapeutique*. Inf Dent.2003a; 85 (16):1051-1054.
- 2 Allain F. *L'hypnose : application en odontologie*. Inf Dent.2003b; 85 (19):1247-1050.
- 3 Barge S. *Sous hypnose on peut se faire arracher une dent sans souffrir*. Le Point.fr.8 mars 2013.
- 4 Bioy A, Wood C, Celestin-Lhopiteau I, *L'aide-mémoire d'Hypnose*. Paris: Dunod; 2010.
- 5 Dupont A. *Pratique de l'hypnose au bloc opératoire, revue des expériences d'hier et d'aujourd'hui*. 2009. Disponible: [http://livres.wkf/mybdd/upload/07ter_Q13 l'hypnose au bloc opératoire.pdf](http://livres.wkf/mybdd/upload/07ter_Q13_l'hypnose_au_bloc_opératoire.pdf).
- 6 Facco E, Casiglia E, Masiero S, Tikhonoff V, Giacomello M, Zanette G. *Effects of hypnotic focused analgesia on dental pain threshold*. Int J Clin Exp Hypn. 2011; 59(4):454-468.
- 7 Faymonville M.E, Mambourg P.H, Joris J., Vrijens B., Fissette J, Gerschman J A, Burrows G, Reade P. *Hypnotherapy in the treatment of oral-facial pain*. Aust. Dent. J., 23 : 492-496, 1978
- 8 Gunera-Saad N, Guillot I, Cousin F, Philipps K, Bessard A, Vincent L, Nicolas J F. *Réactions d'allure immédiate aux anesthésiques locaux : démarche diagnostique et thérapeutique*. Ann Dermatol Venereol 2007;134:333-6
- 9 Meheust B, *Un Voyant prodigieux, Alexis Didier, 1826-1886*. Paris, Les empêcheurs de penser en rond/Seuil, 2003, p.179.
- 10 Mondie G. *Évaluation de l'hypnose dans la prise en charge des douleurs aigus orofaciales per et post opératoires*. Thèse d'université. Clermont-Ferrand. 2005.
- 11 Musellec H. *L'analgésie hypnotique à travers l'histoire médicale*. Rennes ; 2010. <http://www.histranestrea-France.org>
- 12 Prieur J. *Pourquoi et comment introduire l'hypnose au cabinet dentaire*. Thèse d'université. Nancy.2010.
- 13 Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. *Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion*. J Cogn Neurosci. 1999 Jan; 11(1):110-125.
- 14 Saint-Pierre F. *L'homme face à la douleur hier et aujourd'hui* Bul Acad Nat Chir.Dent , 2005,48.
- 15 Sebillé N. *Technique thérapeutique dans la prise en charge de l'anxiété en pratique odontologique*. Thèse d'université.Nantes.2007.
- 16 Varma D. *Le point sur l'hypnose en odontologie*. Chir Dent.8 septembre 2005; 1223 : 45-54.

17 Virot C. *Intérêt de l'hypnose dans la prévention du burn out en chirurgie dentaire.* Chir Dent.7
octobre 2010 ; 1452

Sites internet visités :

<http://www.hypnose.fr/>

<http://www.hypnoteeth.com>

<http://www.larousse.fr/dictionnaires>

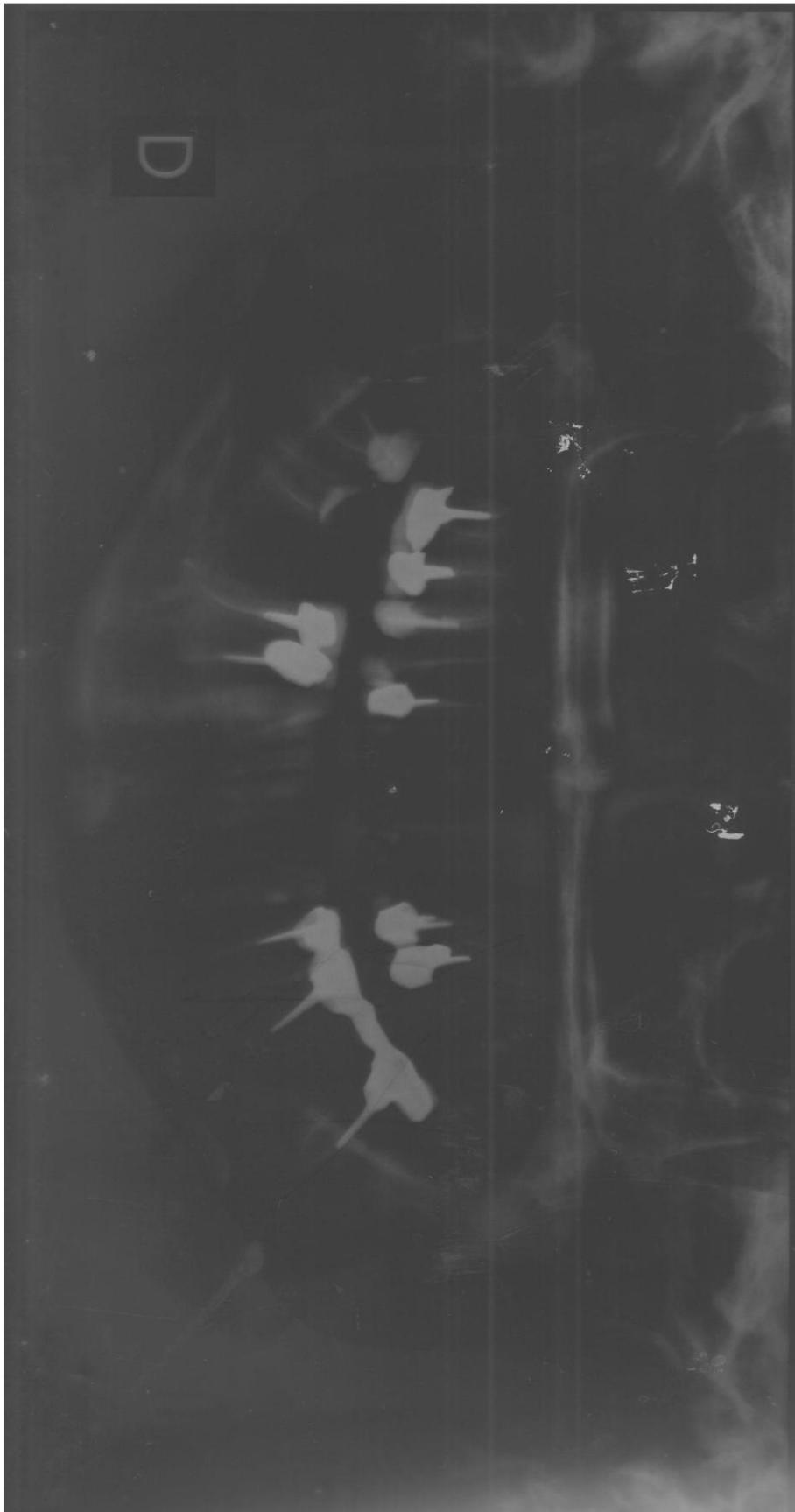
<http://fr.wikipedia.org>

<http://www.youtube.com/>

ANNEXES



PREMIÈRE MOLAIRE SUPÉRIEURE DROITE DE MME M. :16



PANORAMIQUE DENTAIRE DE LA DENTITION DE MME M.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom du patient : ~~XXXXXXXXXX~~ Age : 55 Ans
Sexe : *Féminin*
Profession : Pour un enfant, nom de la personne responsable : *Cadre Social*
Date du dernier examen médical :
Date du dernier examen dentaire :

Prenez-vous des médicaments : *Non*
Lesquels :
Nom du médecin traitant : *Doct* ~~XXXXXXXXXX~~ Tel : *0262* ~~XXXXXXXXXX~~
Doct ~~XXXXXXXXXX~~ *0262* ~~XXXXXXXXXX~~

Avez vous des problèmes de santé ? _____

Maladies cardiaques :

-vasculaires(hypertension, angine de poitrine, infarctus) : _____
-vasculaires(souffle cardiaque, malformation, rhumatisme articulaire aigu) : _____

Diabète :

Si oui êtes-vous suivi ? _____

Votre diabète est-il équilibré ? _____

Hépatique : (hépatite virale, date) : _____

Sida (séropositivité test H.I.V.) _____

Éthylisme : _____

Allergies : aux pénicillines, à d'autres médicaments, à d'autres produits ...):
ASPIRINE et ses dérivés

Maladies respiratoires (asthme) _____

Maladies digestives(brûlures d'estomac, ulcère) : _____

Maladie rénale : _____

Maladies glandulaires : _____

Pertes de connaissance, épilepsie, spasmophilie : _____

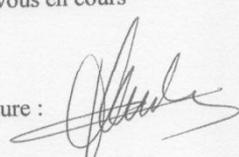
Maladies hématologiques(purpura, hémophilie) _____

Irradiation (traitement aux rayons X) _____

Autres maladies : _____

État physiologique : portez-vous un stérilet ? Êtes vous enceinte ? Êtes vous en cours d'allaitement ? _____

Fait-le : *18 MAI 2013 KTAIBON*

Signature : 

Je vous demande de remplir ce questionnaire à titre indicatif, une consultation suivra au cours de laquelle vous pourrez expliquer votre contexte de santé en détail

Charte du Diplôme Universitaire d'Hypnose médicale et clinique

Université de la Réunion

Préambule

Toutes les personnes titulaires du diplôme universitaire *d'hypnose médicale et clinique* délivré par l'université de la Réunion sont tenues d'exercer les acquisitions faites au cours de cet enseignement dans le strict respect des lois et des règlements régissant leur profession d'origine.

La formation apporte un complément à la formation initiale et aux pratiques dans le champ de la relation d'aide, à laquelle elle ne saurait se substituer. L'hypnose est considérée comme un complément à d'autres formes de pratiques scientifiques ou cliniques.

Il en résulte que la connaissance des techniques d'hypnose ne saurait constituer une base suffisante pour l'activité thérapeutique. L'hypno praticien doit avoir la formation et les diplômes requis lui permettant d'exercer dans le champ où s'exerce son activité hypnotique.

De ce fait, en signant la présente charte, l'étudiant s'engage à ne pas utiliser l'hypnose dans d'autres situations cliniques et scientifiques que celles autorisées strictement par sa profession d'origine. En particulier, ce D.U. n'autorise en aucun cas l'étudiant devenu professionnel à changer de titre ou de fonction pour exercer dans un autre champ que celui autorisé par sa profession initiale.

1- Pratique de l'hypnosédation

L'hypnose dans ses applications médicales, paramédicales et sociales est une pratique du domaine des sciences humaines. Elle implique la mise en œuvre de moyens qui tendent vers l'autonomie et le mieux-être des patients, dans le respect des croyances de chacun (religieuses, politiques ou philosophiques), et sans jamais mettre en péril l'intégrité physique, psychique, sociale et morale des patients. L'intérêt et le bien être du patient doivent toujours constituer un élément prioritaire d'exercice.

2- Compétence professionnelle

Le praticien en hypnose doit exercer avec compétence et dans le respect des règles éthiques qui régissent sa profession. Il doit être en concordance avec sa profession de base, et les formations qui s'y rattachent. Il doit se tenir informé des recherches et développements de la pratique de l'hypnose et de ses techniques. Il ne doit pratiquer l'hypnose que dans les domaines où il peut justifier de connaissances, de diplômes et d'une expérience suffisante (acquise par sa profession d'origine).

3- Diffusion de savoirs autour de l'hypnose

La diffusion d'un savoir à propos de l'hypnose et de sa pratique à la fois pertinent, scientifiquement valide, et adapté au public auquel l'hypnopraticien s'adresse, est encouragée. Le professionnel ne facilitera ni ne soutiendra la pratique de l'hypnose par des personnes non qualifiées.

Ceci implique que l'hypnopraticien titulaire de ce D.U. ne s'impliquera pas dans l'apprentissage de la méthode hypnotique auprès d'un public de non professionnels de santé. De même, toute communication ou information autour de l'hypnose ne devra jamais aller à l'encontre des connaissances scientifiques qui appuient la compréhension de l'hypnose et en autorise l'usage dans le champ de la santé.

La présente charte est datée et signée en deux exemplaires (une pour l'administration du D.U., l'autre pour l'étudiant). Elle marque l'adhésion sans réserve aux exigences portées sur le présent document. Il doit être conservé sans limite de temps, du fait qu'il délimite l'usage fait des connaissances et compétences acquises durant l'année de formation.

La participation au diplôme universitaire « Hypnose médicale et clinique » est conditionnée à la signature de cette charte. Cette signature est la première condition d'obtention du D.U., avec l'assiduité aux cours et la réalisation d'un mémoire théorico-clinique, soutenu à l'issue de la formation.

Charte remise signée le : 15.05.2013

Le responsable universitaire de la formation

Le professionnel inscrit au DU

Nom : LABASTIE
DOMINIQUE

Profession :

C. DENTISTE

AUTORISATION D'EXPLOITATION DU DROIT À L'IMAGE VIDÉO

Entre :

Madame [REDACTED] demeurant route du [REDACTED] BERIVE, 97430
TAMPON, dénommée ci-après « le sujet filmé »

Et :

Dr LABASTIE Dominique, demeurant au 1 bis rte Hubert De Lisle, Mont-Vert-Les-Hauts 97410
SAINT PIERRE, dénommée ci-après « le vidéaste »

Je, soussignée Mme [REDACTED], autorise, sans réserve, le Dr LABASTIE Dominique, à disposer pleinement et irrévocablement des images fixes ou en mouvement me représentant ainsi que des éléments sonores dont je suis l'émetteur, réalisés le 25/05/2013.

Ces images et éléments sonores sont destinés à être présentés, en partie, sur un écran à l'Université de la Réunion dans le cadre de la présentation d'un mémoire pour l'obtention du DU « Hypnose médicale et clinique » et en tout aux membres du jury.

Par la présente, je reconnais ne pas prétendre à une réparation d'un préjudice quel qu'il soit du fait de l'utilisation de mon image.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

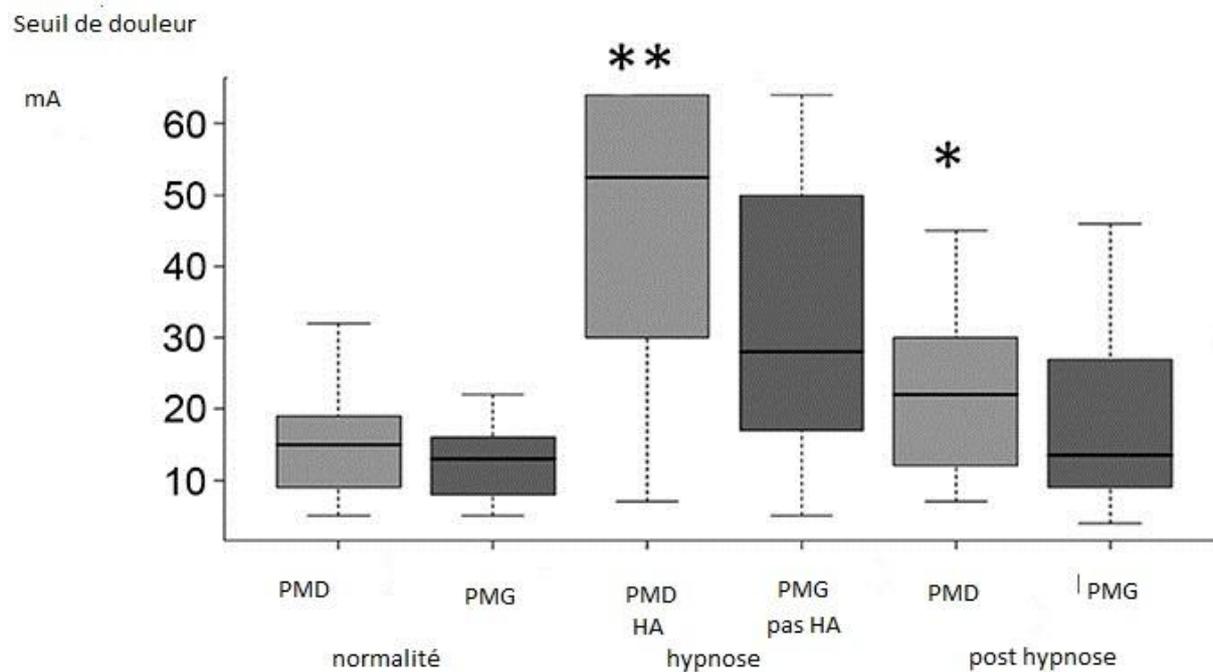
Fait à Mont-Vert-Les-Hauts, le 01/06/2013

Lu et approuvé

[Signature]



EXPÉRIENCE DE L'ÉQUIPE DU DR FACCO



Les plots du seuil de la douleur sur la première prémolaire droite et gauche, (respectivement PMD et PMG), normalement, en phase d'hypnosédation, en phase post hypnotique. Nous observons une augmentation significative du seuil de la douleur sur la PMD durant la phase d'hypnoalgésie qui persiste de façon résiduelle pendant la phase post hypnotique.