

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 sur son site :

<http://www.hypnose.fr>



GESTION DES PATIENTS STOMATOPHOBES EN MEDECINE BUCCO-DENTAIRE

APPORT DE L'HYPNOSE EN CABINET LIBERAL

Cas de déconditionnement.

Diplôme Universitaire Hypnose Médicale et clinique

Université de la Réunion

Docteur Clairy ANDOCHE
Chirurgien-dentiste

Année 2013-2014

REMERCIEMENTS

A

Monsieur Antoine BIOY

Madame Isabelle CELESTIN-LHOPITEAU

Monsieur Arnaud GOUCHET

Toute l'équipe du D.U pour son accompagnement.

A Madame Frédérique MOHY, qui m'a fait l'honneur d'être mon directeur de mémoire.

A ma fille Narsya qui a été mon premier sujet.

SOMMAIRE

Introduction **P. 4**

1^{ère} partie : GÉNÉRALITÉS

I. RAPPEL SUR LA CAVITÉ BUCCALE **P. 6**

- 1) Embryologie et anatomie
- 2) Rôle et place de la bouche dans le développement de l'individu.
 - a) Carrefour physiologique et psycho-social.
 - b) Personnalité et estime de soi
- 3) conclusion : rôle du chirurgien-dentiste

II. ANXIÉTÉ, PEUR ET PHOBIE. **P. 14**

- 1) Définitions
- 2) Aspects neurophysiologiques
 - a) siège anatomique
 - b) les circuits de la peur
- 3) Les phobies
 - a) classification
 - b) la stomatophobie

III. LA STOMATOPHOBIE. **P. 20**

- 1) Origine
- 2) Les différents stades
- 3) Conséquences et impacts
- 4) L'évaluer.
- 5) La vaincre

2^{ème} partie : HYPNOSE ET STOMATOPHOBIE

I. HYPNOSE. **P. 30**

- 1) Définition
- 2) Etapes hypnotiques

II. REVUE DE LA LITTÉRATURE. **P. 31**

III. PROBLÉMATIQUE. **P. 32**

3^{ÈME} partie : ETUDE DE CAS

I. METHODOLOGIE **P. 33**

II. RESULTATS ET DISCUSSION. **P. 44**

III. CONCLUSION. **P. 51**

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

INTRODUCTION

Ma rencontre avec l'hypnose est récente, elle s'est inscrite dans une dynamique d'approfondissement de mes connaissances par le biais de la formation. Prendre en charge des patients présentant des poly-pathologies somatiques, avec une meilleure gestion de la douleur et de la peur, est selon moi, le fil rouge de la plupart des praticiens.

Au fil des années, l'évolution des techniques, les connaissances en anatomie, les nouveaux protocoles de soins, ont fait, que les douleurs et les suites post-opératoires ont considérablement diminué. Malgré les progrès, certains cas de patients mettent en évidence les limites de cette prise en charge. Cette dernière s'avérait souvent complexe. Une complexité qui ne résidait pas dans la prise en charge médico-technique que je leur apportais, mais bien dans autre chose que j'avais du mal à identifier.

De façon spontanée, j'usais de communication, verbale et non verbale qui me semblait alors la mieux adaptée, pour que le patient *m'autorise à le soigner*.

Malgré des réussites certaines, je rencontrais une certaine frustration dans mon rôle de soignant, face aux cas dit « ingérables » qui pouvaient se trouver ballotés d'un cabinet à l'autre.

C'est une de mes patientes, madame X qui m'a fait franchir les portes de l'hypnose.

Deux malaises au fauteuil suivis de détresse respiratoire sévère, m'ont contraint à revoir le cadre des soins. Après lui avoir exposé la situation, la suite des soins basiques notamment les avulsions, s'est déroulée à la clinique sous anesthésie générale.

Dix jours plutard, lors de l'ablation des sutures au cabinet, elle fait un nouveau malaise, sans signes précurseurs et vient heurter violemment sa tête sur le coin du bureau. Ce dernier malaise aurait pu lui être fatal.

J'étais confronté à une situation, qu'on pouvait gérer certes, à grand renfort d'anxiolytiques, mais malheureusement, les doses que je devais lui administrer s'avéraient inadaptées dans mon cadre de soin.

Confronté à la situation paradoxale de cette patiente :

- d'un coté elle manifestait le désir de se faire soigner, « *de remettre en état sa bouche, pour être mieux* » selon ses termes,
- de l'autre, de toute évidence, nous n'y parvenions pas.

Quoi lui proposer ?

Bloquée dans ses efforts et son projet de soins par une « peur » qui l'envahissait à l'idée d'y penser, qui la paralysait au point de mettre sa vie en danger, comment faire, face à cette phobie ? Quel nouvel outil utiliser en tant que chirurgien-dentiste ?

La difficulté de prise en charge de ces patients stomatophobes, lors des soins, nécessite souvent une intervention sous anesthésie générale, non sans risque.

Approcher le patient par son psychisme, en dehors de la simple communication, avait également ses limites, mes propres limites ?!!

Ce nouvel outil qu'est **l'hypnose**, tant vanté par les médias et le bénéfice que le patient pouvait en retirer, a joué le rôle d'aimant dans une approche non rationnelle du patient.

Cette rencontre avec l'hypnose fut volontiers un questionnement plus personnel. La culture dans laquelle je baigne depuis mon enfance m'avait déjà sensibilisé à une vision moins cartésienne du rapport qu'a le patient à sa santé.

La maladie est selon la culture réunionnaise soit d'origine divine (châtiment ou fatalisme) soit apportée par les Hommes (sorcellerie).

« *La donnée religieuse est tellement présente à La Réunion que le mode de raisonnement le plus habituel n'est ni rationnel, ni mathématique, ni même politique mais bel et bien magico-religieux* ». Mgr AUBRY

Afin de dépasser le cadre strictement cartésien et rationnel, une formation qui me semblait conforme à des connaissances « scientifiques » était nécessaire. Afin d'éviter certaines approches dont les contours me semblaient trop flous voire douteux, le cadre du D.U d'hypnose médical semblait répondre à mes attentes.

GÉNÉRALITÉS

I. RAPPEL SUR LA CAVITÉ BUCCALE.

1) Embryologie et anatomie

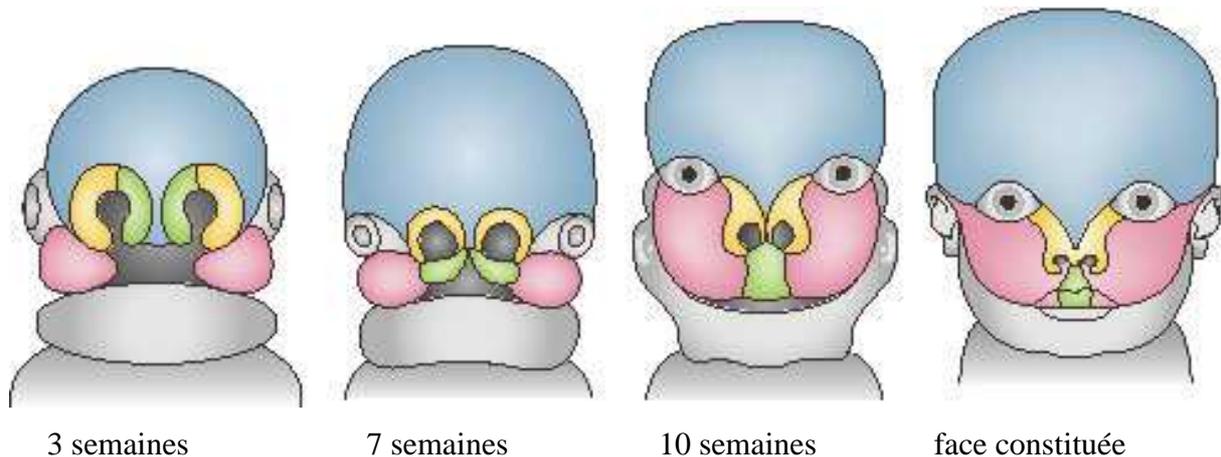
L'embryon humain va se former à partir du tube neural qui commence à s'individualiser au 21^{ème} jour, laissant aux deux extrémités céphalique et caudale un orifice appelé neuropore antérieur et neuropore postérieur. ¹

L'évolution de l'extrémité céphalique donnera un certain nombre d'éléments dont la face et le stomodéum future sphère orale.

Stomodéum (grec): Embryol., Dépression de l'ectoderme céphalique destinée à former la bouche primitive d'un embryon (Méd. Biol. Suppl. 1982).

Dès la 4^{ème} semaine intra-utéro il va s'organiser autour de cette dépression cinq bourgeons faciaux qui donneront pour la future face : un bourgeon frontal (impair et médian), deux bourgeons latéraux maxillaires et deux mandibulaires.

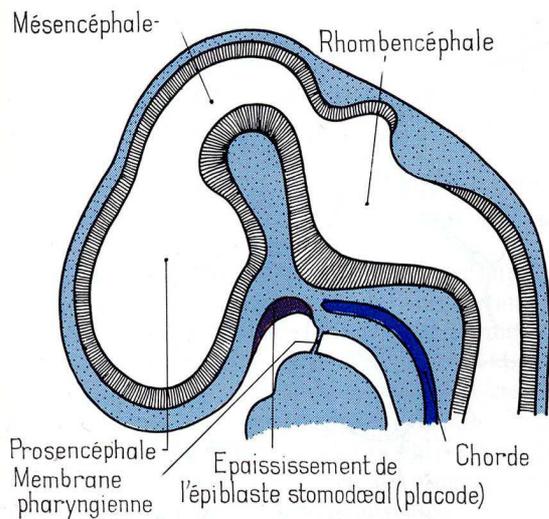
Cette bouche primitive est provisoirement obturée par une membrane ; la membrane pharyngienne.



LES BOURGEONS FACIAUX LEUR DEVELOPPEMENT²

¹ GAUDY J.F Embryologie. Cours du D.U d'anatomie crano-cervico-facial

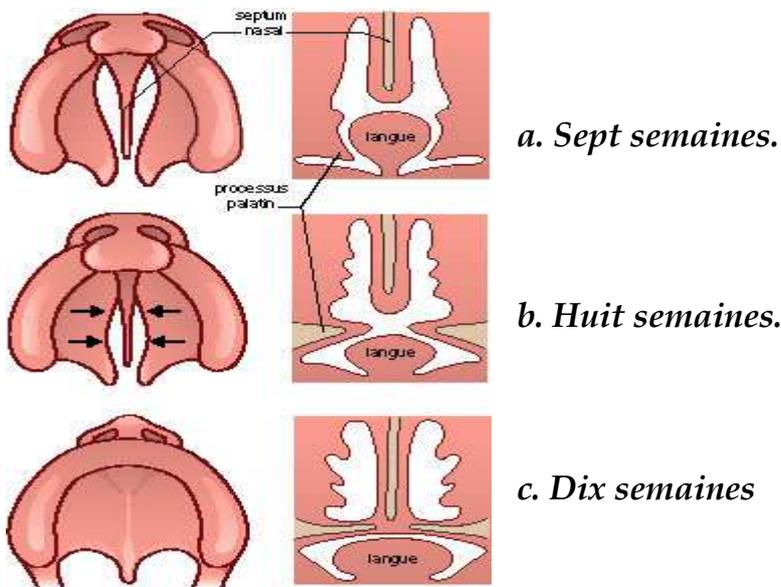
² Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie. Editions Elsevier



FORMATION DE LA MEMBRANE BUCCO-PHARYNGIENNE³

L'organisation et le développement des ces structures vont contribuer à cloisonner la bouche primitive en individualisant deux espaces : celui des fosses nasales et la cavité buccale, où la langue va être totalement refoulée.

La rupture de la membrane pharyngienne au 22^{ème} jour chez l'embryon humain, fait communiquer l'intestin antérieur et le stomodéum. Cette étape permet de distinguer véritablement un intérieur et un extérieur de l'embryon.



LE CLOISONNEMENT DE LA BOUCHE PRIMITIVE⁴

³ umvf.univ-nantes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et.../site/html/1.html cours

⁴ Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Lors de l'apparition des arcades dentaires, la cavité buccale désigne l'espace intérieur central délimité par l'occlusion des dents : c'est le cavum oris. L'espace compris entre les dents et les joues et les lèvres est défini comme vestibule : c'est le vestibulum oris.

De façon générale, on peut distinguer au sein de la cavité buccale deux types de tissus :

- les tissus durs qui définissent les structures osseuses et dentaires puis
- les tissus mous qui tapissent toute la cavité, permettant ainsi une continuité anatomique avec l'oropharynx. Ces tissus mous se distinguent en muqueuse de recouvrement et récepteurs sensoriels (gustatifs, ...)

2) Rôle et place de la bouche dans le développement de l'individu.

Dans les premières semaines de l'embryogénèse (4ème semaine), l'apparition de la bouche primitive (stomodéum) suivie de l'individualisation de la cavité buccale, montre l'importance de cette espace dans l'évolution de l'embryon et du futur individu.

a) Carrefour physiologique et psycho-social.

Cette sphère orale est un véritable carrefour physiologique dont les fonctions spécifiques sont indispensables à l'organisme.

- Rôle dans la digestion :

Par les actions mécaniques (dents) et chimiques (salive), la cavité buccale est le lieu du premier temps de la digestion ayant comme finalité la formation du bol alimentaire. *La mastication, acte complexe grâce auquel les aliments sont broyés et modifiés chimiquement par l'imprégnation salivaire, consiste en des mouvements rythmiques d'ouverture et de fermeture de la bouche, accompagnés de déplacements antéro-postérieurs et latéraux de la mandibule. (9)*

- Rôle dans la respiration :

Espace d'échange gazeux

- Rôle dans la déglutition :

Les mouvements mandibulaires (diduction, propulsion, rétropulsion), de la langue et des muscles associés vont permettre la progression du bol alimentaire vers l'estomac.

- **Rôle dans la phonation :**

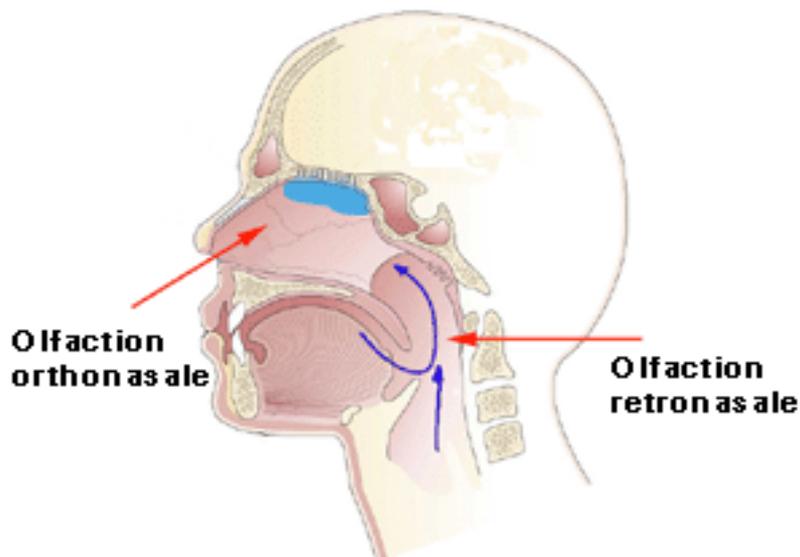
La cavité buccale est une caisse de résonance où le positionnement de la langue permet l'émission des différents sons.

- **Rôle dans la Gustation :**

C'est le siège de la perception du goût par la présence des bourgeons gustatifs qui se localisent chez l'adulte, principalement sur la langue.

- **Rôle dans l'odorat :**

Par sa communication avec la cavité nasale par l'oropharynx, la cavité buccale permet l'acheminement des molécules aromatiques vers le bulbe olfactif au niveau de la lame criblée de l'ethmoïde. Ex : dégustation du vin.



L'ensemble de ces fonctions met en évidence le rôle prépondérant de ce carrefour. Toute atteinte de cet organe aura des conséquences délétères tant sur la croissance que la survie de l'individu.

→ **La cavité buccale est le miroir de l'état de la santé.**

L'importance de la cavité buccale ne s'arrête pas pour autant à ses aspects physiologiques et à l'exécution des fonctions vitales ou annexes. Elle prend également une place toute particulière sur le plan psychologique.

Ce carrefour multifonction est aussi un haut lieu de la construction et de l'expression de notre personnalité.

b) **Personnalité et estime de soi.**

Personnalité

Etymologie : Personnalité vient du grec «Persona», désignant le masque de théâtre antique, qui était l'interface entre l'acteur, son rôle et le public.

Selon le LAROUSSE, La personnalité est définie comme « l'ensemble des traits physiques et moraux par lesquels une personne est différente des autres ; aspect par lequel quelqu'un affirme une originalité plus ou moins accusée »

C'est le résultat de l'interaction dynamique des aspects :

- Intellectuel
- Affectif
- Physiologique
- Morphologique

Plusieurs théories de développement individuel ont été ainsi étudiées. FREUD, PIAGET, WALLON ont contribué par différentes approches à la compréhension de cette composante de l'individu, qu'est la personnalité. Ce qui permet de caractériser chacun d'entre nous⁵.

Seule l'approche de Sigmund FREUD sera abordée ici. Médecin neurologue viennois (1856 - 1939) père de la psychanalyse, il fait deux approches de la structure mentale d'un individu qu'il appelle topique.

Dans la première étude (1900), il met en évidence trois niveaux :

- **L'inconscient**, constitué d'éléments refoulés : traduit par les actes manqués, les lapsus, les rêves.

- **Le préconscient**, système situé entre le conscient et l'inconscient : les informations venant de l'inconscient, font que ce système réalise un véritable control, voire une censure avant que la conscience s'en empare. C'est également un véritable lieu de stockage des informations.

- **Le conscient**, lieu qui nous rattache au monde extérieur : il assure le lien entre l'inconscient et le préconscient et le monde extérieur

Préconscient et conscient sont régis par le principe de réalité.

⁵ <http://www.staps.univavignon.fr/S2/UE2/Psychologie/> Les stades FREUD, PIAGET, WALLON.

À partir de 1920, FREUD définit une deuxième topique. Trois systèmes apparaissent, le Ça, le Moi, le Surmoi.

Cette topique fait apparaître des relations intrasystémiques et des relations inter-systémiques, et vient compléter la première.

- **Le Ça** apparaît entre 0 et 18 mois : siège de la libido, du désir, de l'instinct.

Le « Ça » : C'est le pôle pulsionnel de la personnalité. Il est régi par le principe de plaisir et recherche des gratifications immédiates. Il ignore les notions de « bien », de « mal », et de « la morale ». Il constitue le réservoir des pulsions inconscientes et non élaborées. Il y a deux types de pulsion : les pulsions de vie (sexualité, maternité, faim) et les pulsions de mort (colère, haine, envie de meurtre).

- **Le Moi** apparaît entre 2 et 4 ans : siège de la prise de conscience qui devient le tuteur de la personnalité

Le « Moi » : C'est le pôle défensif de la personnalité. Il se développe au contact de la réalité extérieure et il est régi par le principe de réalité. Il s'efforce de réconcilier les pulsions du «Ça» et les limites imposées par le «Surmoi». Il a un rôle essentiel dans la préservation de l'individu par son adaptation à la réalité et la résolution de conflits intra-psychiques.

- **Le Surmoi** apparaît vers 5-6 ans : mise en place des valeurs familiales et sociétales affirmant de surcroît sa personnalité débutante.

Le « Surmoi » : C'est le pôle censeur. Il a un rôle de juge à l'égard du « Moi ». Il est constitué par l'intériorisation des exigences et des interdits parentaux et sociaux.

Par la suite, Freud a ajouté une quatrième instance psychique, « **l'idéal du Moi** », conception idéalisée de la personne à laquelle l'individu cherche à se conformer. Il se met en place au cours de l'enfance, par identification aux personnes aimées et admirées (souvent les parents).

La vie mentale de l'individu traduit sa personnalité, dont la structure évolue avec le temps.

La façon dont chaque individu traverse et évolue dans ces différents systèmes, déterminera les bases de sa personnalité.

Tous s'accordent à dire que la personnalité est un concept dynamique qui, soumis à des éléments intérieurs et extérieurs, évolue tout au long de la vie.

Le regard que porte l'individu sur lui-même sera également un élément structurant de cette personnalité. En effet l'estime de soi, est primordiale dans l'image qu'on se renvoie, base nécessaire de sa propre construction.

Estime de soi

Selon le Larousse, c'est une admiration de soi, attention exclusive portée à soi-même, jugement que l'on a de soi, que l'on porte sur soi.

Estime de soi et personnalité vont donc interagir soit en se renforçant, soit en se fragilisant.

*Les facteurs destructeurs de l'estime de soi seront pour les plus archaïques, principalement le doute sur ses origines,...Ce sera aussi plus tard de se sentir l'objet de jugements de valeur disqualifiant, de violences ou **d'atteinte à son intégrité physique et psychologique**.*

L'expérience de l'injustice, de l'humiliation, de la soumission imposée sera aussi un des facteurs aggravants qui vont blesser l'estime de soi et l'empêcher de se développer⁶.

Certes, la cavité buccale occupe une place essentielle dans le développement psychomoteur du nouveau né et de l'enfant (Freud, Piaget,..), mais elle est sans conteste pour l'individu un organe clef tout au long de sa vie. En effet *les fonctions physiologiques dont elle est le siège, se mettent en place au décours de l'enfance et semblent faire intervenir de manière nette un certain nombre de processus psychiques⁷.*

La bouche n'est pas uniquement un carrefour aéro-digestif ou un simple lieu de passage. Elle reflète l'histoire d'une vie. Elle est le siège et l'expression de plaisirs intenses comme celui des souffrances profondes et indélébiles. Entre plaisir et douleur, la bouche est un réel support de notre personnalité

Interface privilégié avec le monde qui nous entoure, la bouche a su imposer son diktat dans bon nombre de sociétés occidentales, par le sourire, la voix, la gastronomie, la beauté, la séduction.

⁶ www.j-salome.com

⁷ La bouche entre plaisir et douleur Revue de médecine psychosomatique p.13

Quand la bouche ne va pas, rien ne va et c'est tout cet espace d'épanouissement qui n'est plus opérationnel. L'expression de la personnalité s'en trouve dès lors frustrée.

Qu'en est-il lorsque cette bouche ne renvoie plus une bonne image de soi ?

C'est toute l'estime qu'on a de soi qui se voit être perturbée. On se juge et on est jugé négativement, on est diminué, de là naît quantité de pathologies.

→ **La cavité buccale est le miroir de la psyché.**

3) Rôle du chirurgien-dentiste

Comme nous l'avons vu précédemment, l'intégrité physique est à la base d'une bonne estime de soi, partie intégrante de la personnalité de l'individu.

Si le premier objectif de la réhabilitation orale est d'améliorer les fonctions physiologiques, elle a également pour pendant, une réhabilitation psychologique.

Principal acteur de soins médico-dentaire⁸, le chirurgien-dentiste est de ce fait, aux premières loges de la réhabilitation psychique du patient.

Vu sous cet angle, le rôle du chirurgien-dentiste ne souffre d'aucune ambiguïté, il possède les compétences requises pour résoudre l'équation suivante :

Dégradation de l'état buccal = soins.

Mais qu'en est-il lorsque le patient présente un trouble phobique ?

A-t-il la capacité de discerner et de prendre en charge ce qui est peut être la manifestation d'un trouble psychique plus grave ?

⁸ A.D.F (association dentaire de France) Comprendre et prendre en charge la douleur en odontologie. Paris 2002

II. ANXIÉTÉ, PEUR ET PHOBIE

L'évolution des connaissances scientifiques et des compétences a eu raison du métier de foire des « arracheurs de dents » d'autrefois. L'empirisme a laissé place aux protocoles de soins.

Si cette évolution constante depuis Pierre Fauchard⁹, a conduit la profession à se remettre sans cesse en question et à s'améliorer, il en est tout autre de son l'image.

Le chirurgien-dentiste a toujours véhiculé une image négative, terrifiante. Cette image de potentiel tortionnaire est en partie, alimentée par des instruments peu sympathiques aux yeux de nombreux patients. La place du dentiste dans l'imaginaire collectif ne souffre d'aucune ride et contribue à alimenter une peur collective qui s'abrite en chacun d'entre nous.

Quand cette peur imaginaire ou réelle mais dans tous les cas légitime, s'empare du patient et devient un obstacle majeur à son évolution, le chirurgien-dentiste n'est-il pas l'acteur privilégié dans la détection et la prise en charge de cette phobie ?

1) Définitions

De façon générale, on peut présenter l'anxiété, la peur et la phobie comme trois valeurs ou trois niveaux d'une même entité.

LA PEUR.

La peur est une émotion de base qui comprend une composante neurovégétative (sueurs, tremblements, accélération du rythme cardiaque), motrice (sidération puis évitement), psychique (éprouvé désagréable, malaise plus ou moins intense) en réponse à un danger extérieur. Elle devient pathologique quand elle est disproportionnée au danger et/ou trop prolongée¹⁰.

L'ANXIÉTÉ.

C'est un trouble émotionnel qui se manifeste par un sentiment indéfinissable d'insécurité¹¹. L'anxiété est caractérisée par un sentiment d'appréhension, de tension, de malaise, de terreur face à un péril de nature indéterminée. Elle est souvent exprimée par le patient sous les termes

⁹ Pierre Fauchard, père de la chirurgie dentaire moderne publiée en 1728 *Le Chirurgien dentiste, ou Traité des dents*.

¹⁰ <http://www.informationhospitaliere.com>

¹¹ *Larousse Médical*

de nervosité ou de soucis. L'anxiété doit être distinguée de la peur qui répond à une situation menaçante réelle.

On considère en général que l'anxiété est normale lorsqu'elle est bien tolérée par le sujet, qu'il peut la contrôler, qu'il ne la perçoit pas comme une souffrance excessive, qu'elle n'a pas de retentissement sur sa vie quotidienne et qu'elle est peu somatisée.

L'anxiété normale est l'expérience que chacun de nous a vécue : peur avant un examen, inquiétude pour la santé d'un parent, réactions anxieuses lors d'accidents, de catastrophes... L'anxiété est ainsi une émotion utile. C'est une réaction psychologique au stress. C'est un état qui fait partie de nos réactions d'adaptation aux stimulations extérieures en nous permettant de mobiliser notre attention, d'élever notre vigilance dans des situations de nouveauté, de choix, de crise ou de conflit.

LA PHOBIE :

Du grec *phobos*, elle se définit comme une peur soudaine et effroi intense pouvant conduire à la fuite et au désordre. En médecine et en psychologie, les phobies sont des troubles anxieux qui se manifestent par une crainte intense, persistante, et gênante, focalisée sur un objet précis ou sur un type de situation bien défini.

L'angoisse ressentie est le plus souvent incontrôlable et toujours excessive par rapport au danger réel¹².

Autres définitions

- Une phobie est une peur persistante et intense à caractère irraisonné, ou bien excessive, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou à une situation spécifique¹³.
- Une phobie est trouble anxieux caractérisé par une peur intense et irrationnelle d'un objet spécifique, d'une activité ou d'une situation qui oblige la personne à éviter ou fuir la source de sa phobie¹⁴.

¹² PELISSOLO A. Les phobies : faut-il en avoir peur ? Idées reçues. Editions le cavalier bleu 2012

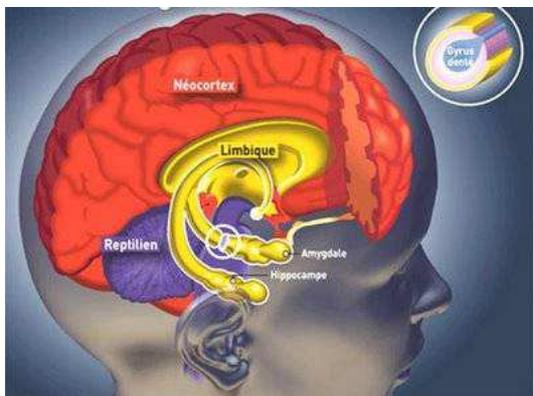
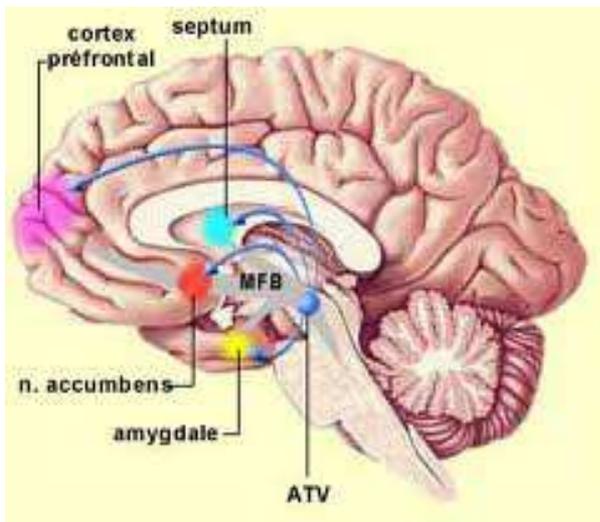
¹³ GARNIER M., DELAMARE T. Dictionnaire illustré des termes de médecine. Editions Maloine 2004

¹⁴ BREEDLOVE S. M., ROSENZWEIG M.R., WATSON N.V. Psychobiologie : de la biologie du neurone aux neurosciences comportementales, cognitives et cliniques 6^{ème} 14^{édit} américaine Traduit par BARTOLAMI S. Editions de boeck 2012

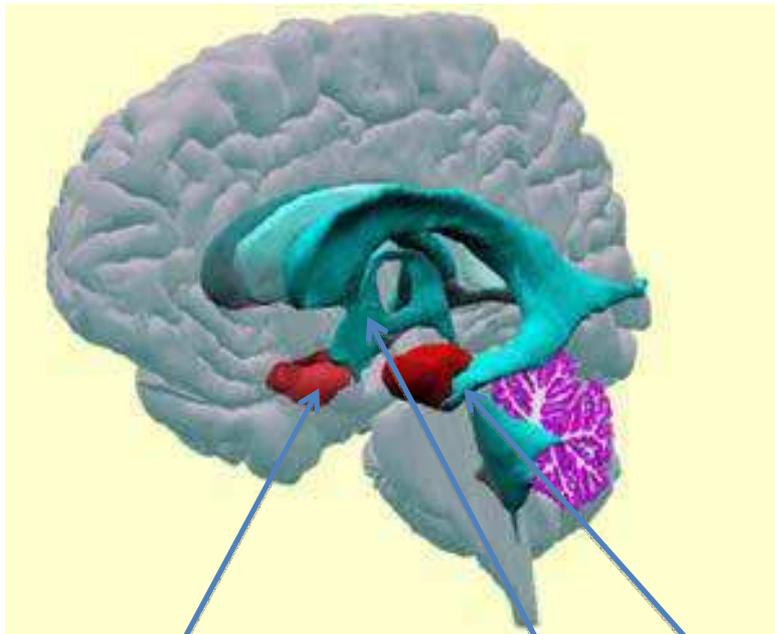
2) Aspects neuro-physiologiques

a) Siège anatomique

Groupes de noyaux impliqués dans la peur et l'anxiété, l'amygdale cérébrale est située au niveau des lobes temporaux dans leur partie profonde antéro-inférieure. Cette structure bilatérale se compose d'une partie centrale et de parties latérales¹⁵.



¹⁵ CAMPANELLA S., STREEL E. Psychopathologie et neurosciences : question actuelles de neurosciences cognitives et affectives. Editions de boeck, 2008



Amygdale cérébrale droite

Amygdale cérébrale gauche

Hippocampe

L'amygdale appartient au système limbique, vaste réseau d'axones qui relie des regroupements de noyaux disséminés sous le cortex, impliqué dans l'émotivité, la mémoire et l'apprentissage.

✚ L'amygdale cérébrale est plus particulièrement impliquée :

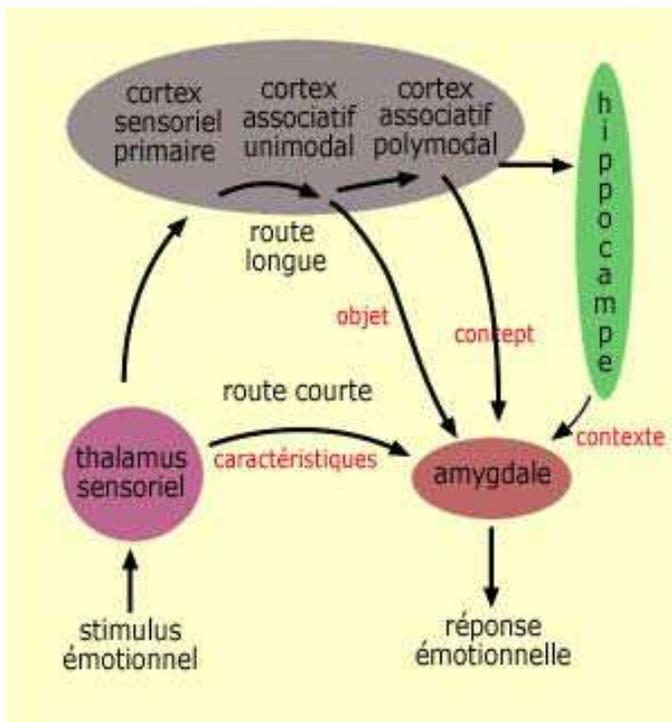
- dans la gestion des émotions : réaction de peurs, d'irritabilité, agressivité, labilité émotionnelle,
- dans l'anxiété.

✚ L'hippocampe est le siège de la mémorisation durable

b) Les circuits de la peur

Il en existe deux : un circuit dit court et un circuit dit long. Ces deux routes que vont emprunter l'acheminement, l'analyse et la réaction des stimuli seront essentielles pour l'individu¹⁶.

Ces deux voies lui permettront de classer des situations de dangers en peurs contrôlables ou non.



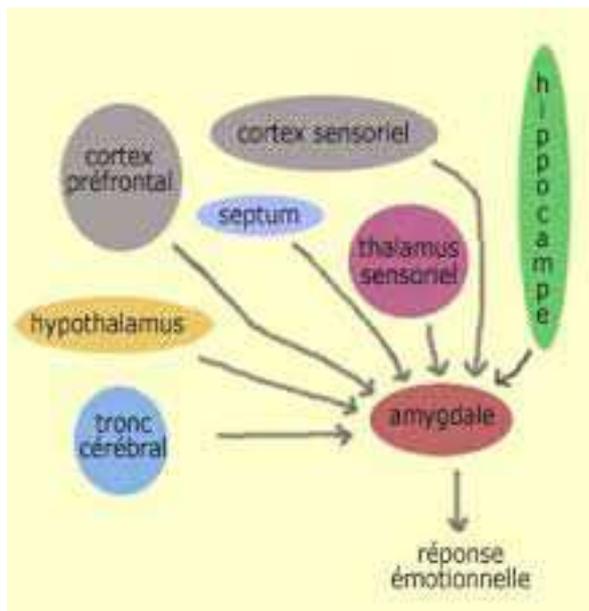
LES VOIES DE LA PEUR

Le circuit court : Cette voie qui part du thalamus va directement vers l'amygdale qui en donne une réponse rapide émotionnelle.

Le circuit long :

- voie thalamo-cortico-amygdale qui offre un temps cortical avec une analyse plus complète de la situation de danger et permet au sujet de « ne pas s'inquiéter ».
- voie thalamo-cortico-hippocampo-amygdale

¹⁶ Le cerveau à tous les niveaux : <http://lecerveau.mcgill.ca/flash>



AFFÉRENCES DE L'AMYGDALÉ

3) les phobies

a- Classification ¹⁷

--

Il est impossible de dresser une liste exhaustive des phobies de part la grande diversité des situations. Néanmoins les spécialistes s'accordent à dire qu'il existe trois grandes familles.

✓ *Phobies simples ou spécifiques*

Les phobies spécifiques sont déclenchées par des objets externes.

Exemples : phobies des animaux, des lieux clos (claustrophobie), des lieux élevés (acrophobie), des maladies, du sang, des soins,....

✓ *Agoraphobie*

C'est la peur d'être dans un espace non familier. La rue, jardins publics, salle d'attente...

Cette phobie peut isolée complètement le sujet, qui se sent incapable de quitter son domicile.

✓ *Phobie sociale*

C'est la peur du regard de l'autre dans une situation d'échange sociale. Peur du jugement négatif

¹⁷ MIRABEL-SARRON C., VERA L. Comprendre et traiter les phobies. 2^{ème} édition. Editions Dunod 2010

b- La stomatophobie

C'est la peur des maladies de la bouche, par extension, peur des soins associés.

Classée comme phobie spécifique par la plupart des auteurs, la stomatophobie associe dans la plupart des cas une agoraphobie et une phobie sociale.

III. LA STOMATOPHOBIE

1) Origines

Si la phobie est sans commune mesure avec la réalité, elle semble toujours liée à un passé traumatisant. Selon plusieurs auteurs la stomatophobie prendrait naissance dans les expériences négatives notamment entre 6 et 12 ans. Pour **Henri WALLON** « l'enfant devient capable d'attention, d'effort, de mémoire volontaire. La représentation abstraite des choses devient possible ».

Mais quand le jeune n'a jamais vécu des expériences de soins négatives d'où provient cette peur inexpliquée ?

- véhiculée par un environnement peu soucieux de l'impact des mots, des images. ?
- véhiculée par l'imaginaire propre de l'enfant et sa fragilité psychologique (notion de terrain) ?
- issue de la peur collective ?

La peur inaugurale qui évoluera vers la phobie ne prend pas uniquement naissance dans les soins purement dentaires mais dans des aspects multifactoriels (thèse de chi dent Nancy 2006)

Environnement familial

Les parents peuvent consciemment ou inconsciemment influencer le rapport qu'aura l'enfant avec le chirurgien-dentiste lors de sa première visite au cabinet. La communication des parents va conditionner l'enfant dans son acceptation ou son refus des soins. Les mots et les images utilisés vont marquer durablement.

Exemple : « Si tu n'obéis pas je t'emmène chez le dentiste. »

« Si tu ne te brosses pas les dents, on va t'arracher les dents »

Passé médical

Un passé médical chargé en expériences désagréables (hospitalisation, soins difficiles et douloureux,...) aura une influence certaine dans le développement de la stomatophobie.

Tous les soins ou pathologies de la sphère orale ; amygdalectomie, frénectomie, angines....vont servir défavorablement le patient dans son conditionnement. A ceux-ci s'ajoutent les expériences de vie qu'on peut qualifier de malencontreuses au sein de cette sphère ; biberon trop chaud, blessures quelconques, morsures...

Environnement propre au cabinet

Le cabinet est un lieu naturellement stressant, inquiétant de part les odeurs, les bruits et la vue des instruments plus ou moins sympathiques.

Peur collective

Le cabinet dentaire est également le lieu où se mêlent réalité, fantasme et peur collective. Le chirurgien-dentiste est *parmi les personnages les plus représentés dans les histoires comiques et terrifiantes, à travers les stéréotypes du patient victime et du dentiste-bourreau.*¹⁸

Le cinéma et les humoristes ne sont pas en reste puisqu'ils véhiculent cette peur à grande échelle :

1/ Films :

- Dans *Charlie et la chocolaterie* de TIMBURTON, l'enfant porteur d'un appareillage orthodontique est terrorisé par un père dentiste.
- Dans *Le dentiste I et II* de Bryan YUZNA l'univers aseptisé d'un cabinet médico-dentaire avec une équipe modèle bascule brutalement dans l'horreur. Les instruments de soins classiques deviennent de véritables instruments de tortures et de barbaries.

2/ Humour : « Il y a trois choses qu'on ne peut pas regarder en face, **le soleil, la mort et le dentiste** » (Alex METAYER).

¹⁸ MIRABEL-SARRON C., VERA L. Comprendre et traiter les phobies. 2^{ème} édition. Editions Dunod 2010

Ces peurs collectives qui nourrissent notre imaginaire vont avoir un effet dévastateur sur une peur dite normale. Cette peur conditionnée, cet apprentissage qui associe la peur à une stimulation neutre et inoffensive, va s'installer durablement et devenir pathologique¹⁹.

Le cabinet dentaire va se transformer en une fraction de seconde en un concentré de source phobique.

2) Les différents stades

La stomatophobie ne peut pas se définir comme une phobie simple. Elle relève des trois grandes familles de phobies précédemment citées. Le patient qui se présente dans un cabinet médico-dentaire est souvent porteur d'une poly-phobie.

STADE 1

L'idée de venir en consultation et d'être confronté aux odeurs, au bruit de la turbine, à la vue de la seringue, fait que ces patients subissent déjà un enfer. Face à leur douleur et leur état buccal qui se dégrade, ils préfèrent s'auto-médiquer.

Quand bien même ils franchissent la porte du cabinet, le sentiment de culpabilité et de honte se manifeste dès le premier contact :

« Vous allez voir, c'est un véritable chantier »

« Mes dents se sont abîmées avec mes quatre grossesses »

« Quand j'étais petit les dentistes ont bousillé mes dents »

STADE 2

A ce stade le patient stomatophobe se fait accompagner. La nécessité de venir au cabinet avec quelqu'un de proche (ami, conjoint, enfant,...) est primordiale afin de franchir le seuil de la porte. L'exemple de ce patient adulte masculin qui, sans activité professionnelle choisit toujours de prendre un rendez-vous après avoir récupéré son enfant de 10 ans à l'école.

Pour ces patients, le sentiment de honte est si manifeste qu'une consultation sans la présence de l'assistante s'impose.

¹⁹ BREEDLOVE S. M., ROSENZWEIG M.R., WATSON N.V. Psychobiologie : de la biologie du neurone aux neurosciences comportementales, cognitives et cliniques 6^{ème} 19^{ème} édition américaine Traduit par BARTOLAMI S. Editions de boeck 2012.

STADE 3

A ce stade l'abandon de la cavité buccale est significatif : présence de chicots, de polycarie, de fractures dentaires, de douleurs diffuses, de mobilités dentaires terminales, d'abcès,...

STADE 4

Impossibilité de soigner le patient sous anesthésie locale : si l'anesthésie générale semble être LA seule solution, l'existence d'une contre-indication vient compromettre les soins. Le refus du patient à une anesthésie générale ou le rapport bénéfice/risque défavorable sont de réels obstacles à ce type de soins.

3) Conséquences et impacts

Conséquences

L'état phobique contraint souvent le patient à annuler son rendez-vous le jour même. Les raisons invoquées sont toujours indépendantes de sa volonté : crevaison, embouteillage, difficulté de se garer, enfant malade,...

A l'approche de la visite et des soins, l'état d'angoisse grandissant, se traduit par un certain nombre de signes cliniques :

mains moites. □- accélération du rythme cardiaque et de la respiration □- bouche sèche □- nausées □- vomissements - sueurs □- sensation de gorge nouée □- sensation de crampes au niveau du ventre □- pleurs □- l'ouverture buccale est insuffisante □- crise de spasmophilie - perte de connaissance.

Attendre son tour dans la salle d'attente reste pour lui une épreuve et une souffrance extrême avant même de commencer les soins. Il n'hésite pas à repartir pour un motif futile ou peut être pris de panique (crise de panique).

➤ signes cliniques de l'Attaque De Panique

- accélération de la respiration
- oppression thoracique
- contracture musculaire
- vertiges
- peur de mourir qui pousse à la fuite physique.

Impacts

- *sur la santé* : la négligence et le refus de soins aboutissent à un état de délabrement buccal extrême. L'apparition des douleurs chroniques ou aiguës, des migraines, des sinusites...oblige le patient à s'automédiquer.

Les risques d'infections focales sur un organisme déjà affaibli ou porteur d'une prothèse (exemple hanche) sont bien réels en présence d'infections buccales permanentes.

- *sur l'intégration sociale* : avec la dégradation de sa bouche le patient devient porteur d'un handicap qui va le paralyser et le limiter dans ses rapports sociaux.

La bouche organe d'épanouissement et d'expression devient sa camisole

4) Comment identifier et évaluer le stomatophobe

Lorsque qu'un patient appréhende les soins bucco-dentaires, ce n'est pas toujours synonyme, fort heureusement, de phobie. Comment s'assurer que l'on a à faire à un stomatophobe ?

Interrogatoire

L'interrogatoire est une phase essentielle dans l'approche du patient. Etre attentif à l'expression verbale et non verbale du patient nous permettra d'orienter notre consultation soit :

- vers une mise en confiance adaptée dans le cas d'une simple peur ,
- vers la recherche d'une thérapie plus spécifique dans le cas d'une phobie.

Anamnèse

Lors du premier contact, le patient va exprimer ses craintes face aux soins. Celles-ci sont verbalisées ou pas :

« On m'a dit que vous étiez un bon dentiste »

« On m'a dit que vous étiez gentil »

« J'ai horreur des piqûres »

« Je n'aime pas les dentistes, pas vous mais..... »

Le patient peut spontanément nous parler de ses expériences négatives passées

« J'ai été traumatisé quand j'étais enfant par un dentiste qui...»

« Quand on m'a enlevé les dents de sagesse, j'ai souffert le martyr ... »

Le comportement observé montre des contradictions par rapport aux souhaits de soins avancés par le patient.

- le patient pose des questions de diversion,
- le patient s'intéresse à la décoration du cabinet,
- la voix devient fébrile, presque inaudible,
- le patient s'assoit sur le siège du praticien,
- l'ouverture buccale est limitée au strict minimum,
- le patient s'enfonce dans le fauteuil,
- logorrhées et non sens des propos, surtout pour les enfants.

Puis, très vite le patient va être confus et ne sait plus très bien les raisons de sa visite. Plus le plan de traitement se précise, moins il s'exprime. Il subit la séance. Il est sur le point de quitter le fauteuil d'un moment à l'autre, mettant fin brusquement à la séance de façon unilatérale.

Une anamnèse plus approfondie met en évidence le plus souvent une poly-phobie

Les tests

Il existe deux méthodes utilisées dans la pratique quotidienne qui permettent d'évaluer l'anxiété et la phobie dentaire.

1- l'auto-évaluation

Le dessin

Adapté de préférence aux enfants de plus de 6 ans, l'enfant va pouvoir traduire objectivement son ressenti. Le dessin sera ensuite analysé en fonction des couleurs et des nuances.

L'échelle visuelle analogique (EVA)

D'une valeur de 0 à 10 elle permet de quantifier l'anxiété.

0 = pas d'anxiété, pas d'opposition aux soins

10 = anxiété importante, opposition systématique aux soins

Si le score est supérieur à 7, la question de la douleur et de la peur doit être abordés avec précaution

Le questionnaire

- Echelle d'anxiété dentaire modifiée (d'après Humphris et al.)

Un score supérieur ou égal à 19 est le signe d'une anxiété importante voire de phobie.

- L'échelle d'anxiété dentaire de CORAH, 4 questions avec 4 choix possibles :

- la première concerne sa réaction à l'idée de se rendre chez le chirurgien- dentiste, cinq réponses sont possibles (je vois cela comme une expérience agréable, ça ne m'a fait rien, ça me met un peu mal à l'aise, j'ai peur que cela soit douloureux et désagréable ou je suis vraiment stressé par ce que le dentiste va pouvoir me faire).

- la deuxième concerne le sentiment ressenti dans la salle d'attente (relaxé, un peu mal à l'aise, tendu, anxieux ou bien tellement anxieux que je me sens malade).

- la troisième concerne le sentiment sur le fauteuil avant le début du soin (même proposition que précédemment).

-la dernière concerne le sentiment lors du soin (même réponse que précédemment).

L'utilisation du questionnaire me semble plus adaptée en pratique.

2- l'hétéro-évaluation

Pratiquée par un tiers, l'hétéro-évaluation permettrait une plus grande objectivité. L'échelle de VENHAM modifiée est la plus utilisée (voir annexe).

- ✚ Observation des manifestations cliniques (symptômes)

Le tableau clinique de la stomatophobie que nous avons vu précédemment, se complète par l'apparition d'une sueur abondante - des vomissements- des nausées- de la chaleur ressentie par le patient même en présence d'une climatisation- détresse respiratoire – cyanose labiale...

Le stomatophobe peut également se cacher derrière son enfant qu'il accompagne. Il prend contact avec l'univers du cabinet (odeur, bruit, vision) en ménageant sa honte.

3 CRITERES ESSENTIELS POUR DEFINIR UNE PHOBIE

1-DISTINGUER LA PEUR NORMALE DE LA PEUR PATHOLOGIQUE

2- SON INTENSITE ET SA DUREE

3- PERTURBATION REELLE DU SUJET

5) Comment la vaincre

Vaincre la stomatophobie n'est pas chose aisée, pour le patient et le praticien.

De la simple peur de l'univers d'un cabinet à l'abandon des soins bucco-dentaire, le patient franchit le pas sans s'en rendre compte. Le chirurgien-dentiste doit prendre en compte cette phobie dans la prise en charge du patient au même titre que la douleur.

L'odontologie, discipline originale au carrefour de la médecine, des biotechnologies et des sciences humaines doit développer des méthodes originales d'évaluation des besoins d'un patient et de prescription et de ses traitements²⁰.

Trois types de solutions s'offrent au praticien et au patient :

- 1) L'anesthésie générale et le MEOPA.
- 2) Suivi spécialisé psychologique et psychiatrique.
- 3) Autres démarches thérapeutiques psychologiques : sophrologie, acupuncture, relaxation, hypnose,...

- 1) L'anesthésie générale ou le rapport bénéfice/risque doit être évalué au préalable. L'anesthésie générale permettra de soigner la sphère orale dans une situation phobique extrême, mais en aucun cas, elle aura une action sur la phobie réelle du patient.

²⁰ Revue de médecine psychosomatique, la bouche entre plaisir et douleur, n°15, Edition la pensée sauvage, 1988

Le MEOPA ou Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote a une action anxiolytique brève de 2 à 3 minutes, ce qui ne permet pas la réalisation de soins plus longs sur un phobique.

2) Les traitements et les suivis spécialisés sont variés et dépendent de l'intensité et des caractéristiques de la phobie :

- les traitements médicamenteux (anxiolytiques, antidépresseurs, bêtabloquants)
- les thérapies comportementales et cognitives.

3) Seule l'hypnose médicale est abordée et expérimentée dans ce mémoire.

La stomatophobie est un réel handicap pour le patient. Elle doit être prise en compte dans un protocole de soins afin que la cavité buccale demeure un organe d'épanouissement et non une camisole.

HYPNOSE MÉDICALE ET SOMATOPHOBIE

I. HYPNOSE

1) Définition

Au fil des époques, au gré des découvertes, des dénigrement, des réflexions et des apports scientifiques (neurosciences et imagerie cérébrale), l'hypnose a su, se définir pour une meilleure compréhension de son mécanisme.

Pour la plupart des auteurs, l'hypnose est considérée comme un état modifié de conscience.

Antoine BIOY, Chantal WOOD et Isabelle CELESTIN²¹ définissent l'hypnose médicale selon un double aspect :

- *l'état modifié de conscience, différent de la veille, du sommeil, etc. Cet état recouvre à la fois les champs psychologiques (dissociation psychique) et les aspects neurophysiologiques (activation corticale)...*

Il est caractéristique de l'hypnose mais ne lui est pas spécifique...

- *une relation singulière au praticien.*

Selon ces auteurs, l'hypnose est un « État de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargie. »

François ROUSTANG aborde l'hypnose par le terme « **veille paradoxale** » ou « *le corps y apparaît sous les traits du sommeil et que les caractères de la veille..., s'y manifestent avec plus de force et d'ampleur.* »²².

La « veille paradoxale » traduit une activité corticale de veille maximale, comme dans une veille consciente, pendant que le corps se comporte comme dans un sommeil profond.

Dans l'état hypnotique, l'état de veille est généralisé, par opposition à l'état de veille restreint qui caractérise la vie normale.

²¹ BIOY A., WOOD C, CELESTIN-LHOPITEAU I. L'Aide-mémoire d'hypnose-en 50 notions. 1ère éd. Paris : Dunod ; 2010

²² BENHAIEM J.M. L'hypnose médicale 2^{ème} édition. Editions Med-line 2012

Le passage entre l'état de veille restreint et l'état de veille généralisé ou transe, se fait par l'induction.

L'hypnose médicale sera caractérisée par un certain nombre de points :

- une demande/proposition thérapeutique.
- une évaluation du patient (hypnotisabilité, contre-indication,...).
- un but thérapeutique clairement identifié, repérer là où le patient est bloqué (douleur, dépression, phobie...).
- le thérapeute doit être, et rester un guide pour le patient. Il doit garder sa lucidité pour la maîtrise et le contrôle de la séance.

2) Etapes essentielles d'une prise en charge hypnotique

➤ Phase d'induction

L'induction permet au sujet de passer d'un état de veille restreint à un état de veille élargie. Pour cela , « on utilise les différentes afférences sensorielles. Pour que le processus s'associe à un mouvement de centrage sur soi, puis d'intériorisation de la pensée, on explore dans l'ordre ».

- le canal visuel **V**
- le canal auditif **A**
- le canal kinesthésique **K**
- le canal olfactif **O**
- le canal gustatif **G**

➤ Phase de dissociation

C'est une phase dans laquelle le patient à l'impression de ne plus être lui même. Il est dans cet état de veille généralisé où il perçoit sa pathologie différemment.

➤ Phase thérapeutique

Le thérapeute va guider le patient à l'aide de suggestions, de métaphores et lui permettre ainsi de trouver une autre façon d'aborder et de gérer son problème.

➤ Phase de retour

Le dernière phase va permettre au thérapeute de ramener le patient à son état de conscience restreint, c'est à dire à la vie normale, en s'assurant l'orientation temporo-spatiale du patient « ici et maintenant ».

II. REVUE DE LA LITTERATURE

A l'inverse de beaucoup de disciplines médicales, les études et les ouvrages sur la stomatophobie ne sont pas légions, bien qu'intéressant un pourcentage non négligeable de la population.

Selon RUGA Agathe, « *Aujourd'hui en France, 3 à 5% de la population souffrirait de phobie dentaire, 10% aux Etats- Unis. L'odontophobie se situe après la claustrophobie, l'arachnophobie, et la peur du vide²³.* »

D'après le même auteur en 1962, « *Berger a démontré cet apprentissage indirect dans une expérience de conditionnement. Dans cette expérience, un individu assiste un autre individu dont la dent se fait tailler. Le premier individu va montrer des réactions émotionnelles alors qu'il n'aura pas reçu le stimulus directement. Cela démontre bien les émotions et les sensations que l'on projette sur autrui.* »

²³ http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_TD_2013_RUGA_AGATHE.pdf

L'enquête récente d'Ifop/Air liquide Santé France en 2012²⁴, réalisée sur la peur des soins bucco-dentaire montre que pour 70% des personnes interrogées, leur peur remonte à l'enfance, indiquant ainsi le caractère ancien de la stomatophobie.

- *54% des Français redoutent de consulter leur chirurgien-dentiste.*
- *52% des personnes éprouvant des craintes attendent qu'un problème devienne grave ou ennuyeux pour consulter.*
- *70% des personnes interrogées disent que leur peur remonte à l'enfance.*

III. PROBLÉMATIQUE.

Les actes de chirurgie buccale sous anesthésie locale relèvent d'une très bonne coopération de la part du patient, et de sa capacité à surmonter un certain nombre d'obstacles qu'on peut qualifier de mineurs.

Dans le cas de Madame X citée ci-dessus, sa peur était d'une toute autre ampleur. Elle vivait une véritable souffrance de ne pas pouvoir se faire soigner car elle était stomatophobe. Elle, qui n'était pas dans une attitude de fuite ni de déni mais bien dans la confrontation à sa phobie, n'avait jamais trouvé le chemin de la guérison.

Entre le refus de la patiente d'une prise en charge psychologique et un rapport bénéfice/risque défavorable d'une anesthésie générale, l'HYPNOSE est-elle la solution ?

Comment identifier les stomatophobes et les évaluer ? Quelles sont les limites et les précautions à observer ?

La prise en charge de cette phobie dans mon activité libérale peut-elle être couronnée de succès ?

Ce questionnement est l'arbre qui cache la forêt, car au-delà de cet objectif, les questions sont légions.

Finalement comment s'y prendre afin de gérer ces patients ? La réponse à cette question se trouve dans le travail de ce mémoire et repose sur un cas que j'ai choisi de vous relater ici parmi tant d'autres.

²⁴ Etude Ifop/Air Liquide Santé France réalisée du 21 au 23 février 2012 sur un Echantillon de 1004 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

ETUDE DE CAS

I. MÉTHODOLOGIE

Les objectifs que je me suis fixés dans ce travail clinique sont de trois ordres :

- ✚ *Identifier et faire prendre conscience à la patiente sa phobie.*
- ✚ *Amener la patiente à comprendre et à accepter l'hypnose comme solution possible.*
- ✚ *Déconditionnement.*

1) Présentation du cas

Madame C. m-j

Agée de 54 ans

Profil psychologique : non pathologique

Profession : secrétaire dans une association oeuvrant dans le social.

Présentation : soignée

Situation maritale : divorcée

Verbalisation : correcte

Niveau socio-professionnel : bon

Indépendante et autonome

Madame C. est une patiente du cabinet depuis cinq ans. Elle est confrontée au quotidien à des personnes qu'elle accueille.

La démarche de la patiente vis à vis de ses soins bucco-dentaires est toujours la même après deux ans d'absence.

Le motif de la consultation reste inchangé : « C'est pour un détartrage ». Ce soin basique Madame C. l'interrompt systématiquement pour des raisons de sensibilité mais refuse l'anesthésie.

L'examen clinique et radiologique met en évidence :

- La patiente s'installe sur le fauteuil en s'y enfonçant.
- Une limitation d'ouverture de la cavité buccale sans pathologie des A.T.M (articulation temporo-mandibulaire).
- Une sensation de chaleur qu'elle attribue au syalitique, à la température de la salle, ou à un effort précédemment effectué.
- Un état bucco-dentaire délabré avec présence de débris radiculaires, polycarie, mobilités dentaires.

Suite à l'examen, elle avoue qu'elle en a marre de sa bouche et souhaite y remédier. « Ma bouche est un véritable chantier docteur, j'ai honte ».

En effet l'état buccal de la patiente s'est dégradé depuis cinq ans et traduit un mal être tant physique que psychique.

A aucun moment la patiente invoque la peur du dentiste.

« Malheureusement par faute de temps et de moyens financiers, je ne pouvais pas commencer les soins. Maintenant je suis prête » dit-elle.

Pour la énième fois, un plan de traitement est proposé avec des facilités de paiement adapté. L'organisation des rendez-vous est également aménagée en fonction de son emploi du temps. Après avoir établi et validé ensemble, les contraintes de temps et de coût, la patiente ne se présente pas au rendez-vous et ne répond plus aux relances du cabinet.

Devant un comportement quelque peu contradictoire de la patiente, qui souhaite vivement se faire soigner mais se retrouve bloquée dans sa démarche, je décide de la faire revenir au cabinet. La communication est orientée sur les ou la raison de la non concrétisation des soins.

3) les séances

2-1 Rendez-vous 1 : Séance d'approche et d'évaluation (Corah)

La séance dure une demi-heure et est réalisée dans la salle de soins hors fauteuil. Aucun soin n'est prévu dans cette séance. Je ne porte pas de blouse dans la séance.

Elle débute par des explications de la patiente sur le manque de suivis de ses soins dans une ambiance très détendue, due peut-être à l'absence d'agitation autour du fauteuil de soin. Les mêmes arguments de temps et de coût sont rappelés par la patiente, mais très vite elle bascule dans son enfance et évoque un contexte particulier lors des soins dentaires. A ce moment là, la patiente se fige et devient confuse.

Puis elle se libère et me décrit son état avant et après chaque rendez-vous

Avant un rendez-vous : Mal au ventre

Gorge nouée,
Palpitation cardiaque,
Cauchemars toute la semaine,
Envie de repartir.

Après un rendez-vous : Blocage musculaire au niveau du dos à la sortie du cabinet, qui dure toute la journée.

Maux de tête.

Je propose à la patiente de répondre à un questionnaire sur l'anxiété dentaire (Corah.)

Le score calculé est de 22 ce qui en fait un score élevé sur cette échelle et signe le besoin pour la patiente d'une thérapie cognitive et comportementale pour accéder à des soins dentaires confortables.

Inférieur à 8 : On peut entreprendre un traitement dentaire dans l'immédiat

Compris entre 8-12 : On peut accéder facilement à des soins dentaires mais une thérapie vous aiderez à vous détendre

Supérieur à 12 : On a besoin d'une thérapie cognitive et comportementale pour accéder à des soins dentaires confortables.

Recueil d'informations sur sa phobie

Cette peur du dentiste selon Madame C. s'expliquerait par :

- Des mauvaises expériences qui remontent à l'âge de ses 6 ans. Elle ne se souvient plus très bien. Mais surtout, elle ne veut pas se souvenir du moment qui a déclenché sa phobie.
- Une impression de mourir quand elle ferme les yeux. Elle l'accepte uniquement quand elle dort parce que son « corps est fatigué ».

- Un certain fatalisme : « Cela fait tellement longtemps qu'elle est comme ça, on ne pourra pas la faire changer »
- Une représentation de Dentiste = diable

La dernière question de l'évaluation de son anxiété dentaire²⁵, relative à différentes pistes de solution fait apparaître l'hypnose. Ce terme éveille la curiosité de la patiente.

Cette séance m'a permis de mettre en évidence l'origine phobique de son absence de soins.

Une prochaine séance de ¾ d'heure est fixée un samedi en fin de matinée :

Objectifs :

- 1- définir l'hypnose médicale.
- 2- déterminer les canaux sensoriels privilégiés du patient.
- 3- proposer à la patiente une expérience hypnotique.

2-2 Rendez-vous 2 : La séance préliminaire aux séances d'hypnose.

- **Le cadre :**

- * Dans un bureau attenant à la salle de soin.
- * Je suis resté en blouse.

- **La séance :**

1- Définition de l'hypnose médicale

J'aborde l'explication de l'hypnose par une comparaison à laquelle la patiente semble adhéree.

- « Être sous hypnose : c'est être comme dans la lune où vous êtes consciente du monde qui vous entoure, mais vous le percevez différemment. Vous avez la tête ailleurs, vous êtes dans VOTRE monde. Vous pouvez écouter ou prolonger ce moment. Vous êtes votre propre guide. »

²⁵ L'échelle d'anxiété dentaire de CORAH

- « L'hypnose médicale introduit un guide extérieur, le thérapeute. Vous conservez le contrôle car vous décidez ou non de le suivre et ceci avec un objectif thérapeutique ».

Après ½ heures d'échange, la patiente me fait part de sa vision de l'hypnose :

- l'hypnose c'est du charlatanisme,
- l'hypnose est rattachée aux pouvoirs des sorciers et à ses croyances,
- manipulation de l'esprit, être l'esclave de l'autre - Condition d'esclave-
- un pouvoir.

Je perçois un haut niveau de résistance et de doute. A ce moment là, je redéfinis l'hypnose médicale et son objectif en ce qui nous concerne : **gestion de sa phobie**

2- Les canaux sensoriels

Les canaux liés à la Vision, Audition, Goût, Olfaction et à la Kinesthésie ont été explorés lors de l'échange verbal. Elle semble avoir une plus grande sensibilité pour le canal auditif. Elle aime écouter le chant des oiseaux, la musique, et se rappelle du bruit du vent dans les filaos.

3- Expérience hypnotique

Je propose à la patiente de faire une expérience qu'elle peut interrompre à tout moment.

Le but de cette expérience est tout d'abord la recherche d'une sensation de bien-être.

La patiente accepte mais me dit que cela ne prendra pas sur elle, car elle a déjà essayé le yoga et cela n'a pas fonctionné.

Phase d'induction

Je lui demande de se concentrer sur les bruits de la rue, des voitures puis sur les bruits qui sont plus proches de nous, notamment sur le chant d'un oiseau qui venait de se poser sur la fenêtre.

La concentration s'est poursuivie sur le bruit de sa respiration qui se voulait lente et calme. Cet air qui se continuait dans ses poumons produisait un bruit agréable qui se mêlait au chant de l'oiseau(saupoudrage).

La patiente avait gardé les yeux ouverts.

Je lui propose de les fermer tout en continuant d'écouter le bruit de sa respiration qui se confondait avec le chant de l'oiseau. Elle semble fermer les paupières mais arrête brutalement la séance.

Elle décrit des raideurs et de fortes douleurs à la nuque, une « grosse migraine ».

Devant l'inconfort de l'expérience de ma patiente, je décide d'arrêter la séance d'une voix forte:

« LA SÉANCE EST TERMINÉE ». Je constate qu'au bout de 30 secondes le tableau clinique avait complètement disparu.

Analyse de la séance

Moi – « Comment vous sentez-vous ? »

La patiente- « Je vous ai prévenu que cela ne prenait pas sur moi. »

Moi – « Comment vous sentez vous ? »

La patiente – « J'étais bien au début, puis j'ai eu des palpitations. »

Moi – « Pourquoi vous êtes vous tenue la nuque ? »

La patiente – « J'avais mal à la nuque, et à la tête mais là je n'ai plus mal. »

Moi – « il m'a semblé que vous vouliez fermer les yeux pendant la séance ? »

La patiente – « Non, non c'était la fatigue je n'ai pas très bien dormi cette nuit. »

....

Suite à cette séance qui n'a pas atteint l'objectif fixé, je peux malgré tout relever quelques points encourageants.

- La grande résistance de la patiente à l'hypnose est confirmée.
- Elle n'est pas réfractaire à l'idée de poursuivre d'autres séances.
- Elle semble être hypnotisable. Bien qu'à une distance de son « pic de d'hypnotisabilité »²⁶, Madame C. a gardé toute sa capacité d'imagination. Elle fait souvent allusion à son enfance.

2-3 Rendez-vous 3 : La séance hypnotique

- **Le cadre** : le même

²⁶ BIOY A., Wood C, CELESTIN-LHOPITEAU I. L'Aide-mémoire d'hypnose-en 50 notions. 1ère éd. Paris : Dunod ; 2010

- la séance :

- objectif : mise en place de la Safe place,
- déroulement de la séance.

✚ Induction : VAKOG.

Le canal auditif utilisé.

Travail en alternance respiration et fermeture des paupières après comptage de 1 à 3.

✚ Suggestion hypnotique

✚ Transe obtenue au bout de 3mn :

 Patiente yeux fermés

 Signalling +++

 Lévitait bras droit+++

✚ Sortie de transe

✚ Débriefing

Analyse de la séance

La patiente décrit la séance comme

 « Une sensation de bien-être »,

 « Prendre le temps d'aller ailleurs où il y a de bon »,

 « Prendre de la distance avec l'angoisse »

 « Aller ailleurs », « voyager »

 « Ce n'était pas moi »

Rendez-vous 4 : confrontation à l'élément phobique (1)

- Le cadre : le même

- la séance :

- objectif : mise en place du déconditionnement
- déroulement de la séance

Au préalable j'ai rappelé à la patiente qu'on allait au cours de cette séance travailler directement sur sa phobie du dentiste, sans développer.

✚ La phase d'induction : la patiente a choisi d'utiliser le canal sensoriel auditif de l'extérieur vers l'intérieur. Puis on s'est centré sur la respiration et la fermeture des paupières s'est faite après un comptage de 1 à 3.

Cette induction s'est déroulée en moins d'une minute.

✚ La phase de suggestion hypnotique :

1^{er} temps : recherche du lieu sûr qu'elle s'était construite à la séance précédente.

Lieu qu'elle a retrouvé très rapidement.

2^{ème} temps : Technique d'exploration phobique utilisée.

La stomatophobie étant un conditionnement, j'ai utilisé une technique de déconditionnement²⁷.

Mode opératoire :

- 1- *Préalable : Mise dans une situation déclenchante de stress. Situer dans le corps ce stress.*
- 2- *Deuxième moment : situation positive avec ambiance émotionnelle recherchée. Associer cette ambiance émotionnelle positive à la situation déclenchante de stress.*
- 3- *Troisième moment : Associer une colère à la situation déclenchante et à sa propre réaction : retrouver un souvenir de colère ; la localiser dans le corps. Associer la colère à la situation déclenchante.*
- 4- *Quatrième moment : proposer au patient de trouver une autre solution qu'il peut utiliser dans cette situation. A-t-il une autre émotion à proposer ? Si oui on le lui fait vivre.*
- 5- *Cinquième moment : Répétition des 3 ambiances émotionnelles liées à la situation. Mettre en dernier la situation choisie.*
- 6- *Sixième moment : Il revit la situation déclenchante, et le sentiment positif. Le faire vivre plusieurs fois.*
- 7- *Fin de séance : Auto-hypnose 2 fois par jour*

²⁷ Cours D.U Hypnose Médicale Antoine BIOY, 2013

1) La mise en situation de stress.

- visualisation d'un calendrier :

J'ai suggéré à la patiente tout d'abord, de visualiser un calendrier qu'elle pouvait feuilleter puis d'essayer de retrouver le moment ou la première expérience négative chez le dentiste a eu lieu. Ce moment n'était pas obligatoirement une année ou une date précise, mais plus une période. La validation des suggestions a été réalisée systématiquement.

Ce Signalling du doigt (l'indexe) très discret au début, s'est amplifié au cours de la séance, à chaque validation.

- visualisation d'un écran.

Je lui ai suggéré de l'accompagner dans une salle de cinéma et de visualiser un immense écran. Sur cet écran, elle allait y projeter ce moment désagréable chez le dentiste, film qu'elle pouvait contrôler à l'aide d'une télécommande.

Observation clinique :

Dès le début de la (sa) projection, la patiente se fige, comparativement à son lieu sûr (*Safe place*), où son visage était détendu.

Alors que ses muscles faciaux se figent, sa fréquence respiratoire ainsi que ses pulsations cardiaques augmentent.

Les mouvements de la tête et des épaules montrent une gêne au niveau de la nuque.

A ce moment là, je propose à la patiente d'explorer les différents éléments qui sont caractéristiques d'un cabinet dentaire (odeur, bruit, praticien,...), en étant persuadé que l'élément déclencheur se trouve dans mes propositions. La patiente est sans réaction, aucun signalling. Je réitère mes propositions, sans succès.

Voyant sa crispation, je lui suggère d'utiliser sa télécommande si la situation devient trop pénible et d'appuyer sur pause.

La validation se fait avec un temps de latence, mais cette fois-ci en utilisant le pouce droit, avec un mouvement d'appui. Contrairement au signalling habituel de l'indexe qui se soulève. Ce mouvement du pouce me confirme que la patiente est bien dans un état de dissociation en possession d'une télécommande.

2) Deuxième moment

L'émotion positive est vécue à travers, et dans son lieu de sûreté, cadre de vie de son enfance
Les muscles faciaux se détendent. La respiration est plus lente et plus ample.

3) Troisième moment

La patiente trouve son sentiment de colère et l'exprime par un rapprochement des sourcils et ferme la main droite qui se contracte de plus en plus.

4) Quatrième moment

Je propose à la patiente de vivre une autre émotion à la place de sa colère. Après un long moment, la patiente se décrispé et ouvre sa main. Les muscles faciaux deviennent inexpressifs.

5) Cinquième moment

- Situation positive = safe place
- Situation de colère
- Emotion choisie

La sortie de transe se déroule avec douceur, la patiente est orientée dans le temps et l'espace
« Ici et maintenant ».

Je m'assure de sa lucidité, par un « comment êtes vous venue au cabinet ce matin et par quel moyen ? »

Analyse de la séance

La patiente fait état d'une confusion émotionnelle après la séance : larmes.

Moi – « *Comment vous sentiez vous ?* »

La patiente- « *Je ne sais pas, je ne sais plus.* »

Puis elle évoque avec un temps de latence, ses différentes émotions.

Elle me laisse comprendre, qu'elle a eu des idées sanglantes envers le chirurgien-dentiste.

Dans l'expression de sa colère, elle semble avoir épargnée sa mère.

Pour l'émotion choisie, elle a exprimé un sentiment d'indifférence.

La patiente aborde ensuite sa phobie et semble avoir trouvé le pourquoi. Elle me décrit l'ambiance, lors des soins et met l'accent une présence familiale excessive.

« Tout le monde était là autour de moi »

« Le praticien d'un côté et ma mère de l'autre »

« Je ne pouvais rien dire, j'exécutais »

« C'était un véritable bourreau mais j'ai été bien éduquée »

Rendez-vous 5 : confrontation à l'élément phobique (2)

La patiente est venue au rendez – vous, mais suite à une mauvaise nouvelle d'ordre familiale, nous avons décidé, de ne pas faire la séance et de la remplacer par un débriefing de 15 minutes.

Moi : *« Comment vous sentiez vous en sortant du cabinet ? »*

La patiente : - *« j'étais bien après la séance ».*

- *« je suis rentrée directement chez moi »*

- *« mes larmes ont coulé une grande partie de l'après-midi »*

Moi : *« Est-ce que vous avez fait la sieste ? »*

La patiente : *« non, mes souvenirs sont revenus »*

Moi : *« ces souvenirs étaient-ils agréables ou désagréables ? »*

La patiente : *« maman m'a bien éduquée, car j'étais là pour subir et ouvrir la bouche »*

La patiente décrit l'aspect négatif de son éducation. Elle devait se taire et écouter les adultes. Elle n'avait pas le droit d'exprimer son mécontentement, sa douleur car ce n'était pas bien et c'était synonyme d'une mauvaise éducation. Elle la ramène à une condition d'esclave auquel elle faisait allusion dans l'évocation de ses peurs, d'où sa forte résistance. Elle ne voulait pas encore subir le contrôle de l'autre.

Rendez-vous 6 : confrontation à l'élément phobique (2)

- **Le cadre :** Salle de soin

- **La séance :**

- objectif : confrontation à l'élément déclenchant
Déconditionnement
- déroulement de la séance

La séance a débuté au bureau par un recadrage sur notre objectif, puis la patiente a été installée sur le fauteuil de soins pour la séance.

- L'induction a été rapide.

- Etat hypnotique : j'ai suggéré à la patiente de revivre la séance du cinéma à la différence qu'elle était l'actrice principale. Elle se trouvait dans le décor, sur le fauteuil et que les bruits qu'elle allait entendre étaient bien réels mais pas les soins.

J'ai ensuite fait fonctionner la turbine sans fraise*. La patiente n'a eu aucune crispation face aux bruits et au contact de la turbine sur sa lèvre inférieure.

II. RÉSULTATS ET DISCUSSION

La lecture des résultats de cette prise en charge nouvelle du patient stomatophobe au cabinet doit être vue sous deux angles, de la part :

- 1- de la patiente
- 2- du praticien

A) RÉSULTATS

1- De la part de la patiente

Après des années de blocage et de souffrance, Madame C. a été dans un premier temps sceptique sur les biens faits de l'hypnose sur sa phobie.

Un double obstacle se dressait devant elle, d'une part l'inconnu que représentait l'hypnose et d'autre part sa phobie qu'elle connaissait bien, car viscéralement liée à elle.

Si le challenge était double, l'échec pouvait également avoir une autre dimension.

Ce sentiment d'échec est évoqué d'emblée par la patiente.

« Cela fait tellement longtemps que je suis comme ça, on ne pourra pas me changer... »

La phobie semble s'être figée, enkystée, à travers les années. Remettre en mouvement cette peur exagérée va être un élément essentiel pour la vaincre.
--

Sa première expérience hypnotique la conforte dans l'idée qu'elle n'était pas hypnotisable et que cela n'aurait aucun effet sur elle.

Pour elle, il y a eu un échec, du moment où elle a pu interrompre la séance.

Dans sa définition de l'hypnose la patiente relatait la notion de manipulation de l'esprit, de son esprit, et paradoxalement, cette séance non aboutie lui a redonné une certaine confiance en elle.

« *On n'a pas pu la manipuler* », contrairement à son enfance où tout n'était que manipulation.

Au final, elle voulait se prouver que c'était bien elle et non un tiers qui contrôlait la situation. Son histoire personnelle et familiale, sa culture et ses croyances n'ont fait que renforcer cette résistance à ce « lâcher prise » nécessaire à l'expérience hypnotique.

L'hypnose, état de conscience élargie que seule l'expérimentation peut valider
--

Elle était figée dans sa phobie du chirurgien- dentiste. Les odeurs, le bruit, la vue des instruments,... tout la ramenait à son mal, qui se cristallisait et se manifestait dans son corps.

« J'ai mal au cou, au ventre avant d'arriver. Après la séance j'ai la mâchoire qui se serre, j'ai de fortes migraines. Cela met du temps à partir ».

Il fallait qu'elle bouge sa vision des choses, de sa propre peur, tellement « ridicule » selon ses propres termes.

Au fil des séances, les craintes et la compréhension des mécanismes de l'hypnose ont évolué positivement. Pour elle l'hypnose loin de ce qu'elle pouvait s'imaginer, c'était avant tout :

« *Sensation de bien-être* »,

« *Prendre le temps d'aller ailleurs là où il y a du bon* »,

« *Prendre de la distance avec l'angoisse* »

« *Aller ailleurs* », « *voyager* »

« *Ce n'était pas moi* »

La résistance d'un patient pour accéder au « lâcher-prise » dans l'expérience hypnotique est inversement proportionnelle à la confiance établie entre le thérapeute et son patient.

Le déconditionnement par la confrontation imaginaire à l'élément phobique, a révélé un autre résultat inattendu pour moi. Cette confrontation a mis en évidence la présence d'un triptyque lors des soins.

Le praticien –La patiente (enfant) – La mère

La présence et l'autorité qu'exerçait la mère pendant les soins ont contribué à exacerber la peur du dentiste.

La patiente craignait avant toute chose la réaction de sa mère, qui avec « un simple regard pouvait exprimer une très grande sévérité ». Madame C. fait un parallèle avec la condition d'esclave, même si elle l'a pas vécue, elle se met dans une position d'infériorité face à l'autre. Elle vivait un double calvaire. D'un coté elle subissait le praticien et ses *machines de tortures* et de l'autre sa mère et sa *bonne éducation*.

Une phobie n'est jamais isolée.

Une phobie spécifique n'est pas forcément uniquement induite par l'élément phobique spécifique, mais également par un environnement.

« *Le contexte culturel détermine également le type de phobie* ». **(1)**

« *L'attitude de l'entourage joue un rôle important dans la persistance ou l'estompage des phobies chez l'enfant* » **(2)**

(1) et (2) : MIRABEL-SARRON C., VERA L. Comprendre et traiter les phobies. 2^{ème} édition. Editions Dunod 2010

Dans certaines séances, le travail hypnotique a été axé sur le renforcement de l'estime de soi de la patiente. En effet *aujourd'hui* encore, elle est victime de cette « *bonne éducation* ». Dans son milieu professionnel, elle n'arrive pas à refuser une tâche supplémentaire qu'on lui impose.

« *Je suis toujours conciliante* » « *je finis toujours après les autres* »

A travers ces séances la patiente a pu prendre conscience que sa phobie devait se régler selon deux niveaux :

- le premier lié à son éducation parentale,
- le deuxième lié à l'univers du chirurgien-dentiste.

Les principes stricts de la « bonne éducation » parentale ont contribué à faire passer, une simple peur somme toute légitime, au rang de phobie.

La phobie est avant tout un conditionnement d'une sensation désagréable et anxiogène à l'objet phobique.

Le déconditionnement.

Le travail hypnotique a permis à Madame C. d'avoir un nouvel éclairage sur ses croyances et sa phobie. Elle a pu revoir son attitude de soumission à l'égard des soins, du praticien et de son environnement.

Si la peur du chirurgien-dentiste est toujours présente, la façon d'aborder les séances de soins à changer radicalement.

Les signes cliniques qui accompagnaient ses rendez-vous ont disparu : migraines, douleur à la nuque. Elle ne ressent plus de crispation des mâchoires...

Elle ne subit plus, elle manifeste son acceptation du soin par une ouverture buccale franche et exprime son refus de la douleur lors d'un soin.

« *L'objectif du conditionnement est de redonner au patient un ensemble d'émotions et il peut choisir celles qu'il veut* ». (1)

(1) BIOY A. Déconditionnement par hypnose. Cours du D.U d'hypnose médicale université de la Réunion 2013.

En conclusion, cette expérience et le travail entrepris semblent avoir été bénéfiques à plus d'un titre pour la patiente. « J'ai changé dans le travail, je peux dire non ».

2- De la part du praticien

Rappel des objectifs fixés :

- ✚ *Identifier et faire prendre conscience à la patiente sa phobie.*
- ✚ *Amener la patiente à comprendre et à accepter l'hypnose comme solution possible.*
- ✚ *Déconditionnement.*

Si les objectifs ont été atteints de façon inattendue dans le cas traité, il n'en est pas moins vrai que mon positionnement n'a pas été facile à trouver.

J'ai pu constater que le travail demandé au patient m'obligeait à adopter une toute d'autre posture que le soignant habituel. Se mettre dans la peau de l'hypno-thérapeute demandait un effort certain : passer d'un soin technique avec un niveau élevé de concentration,

Exemple : Biopulpectomie d'une molaire maxillaire, à une séance d'hypnose, était énergivore.

Il a fallu aménager un temps hypno-thérapeutique à distance des soins techniques, le choix s'est porté sur le samedi matin.

Ma position d'hypno-thérapeute surprenait plus d'un patient traité. Le patient avait du mal à intégrer que son chirurgien-dentiste pouvait traiter sa phobie. Ce praticien qu'il voyait pour soigner sa bouche, pouvait lui parler de sa peur et la traitée.

Le seul élément qui a permis de conserver cette continuité dans la tête de patient était la blouse blanche.

« *Sans votre blouse cela fait bizarre* » disait-elle.

Malgré le résultat positif du cas traité, une question demeure : **Ce résultat est-il praticien dépendant et structure dépendante ?**

En effet, si les éléments phobiques peuvent être légions dans un cabinet médico-dentaire, leur nature peut influencer l'issue du traitement. Ainsi, si l'élément phobique est représenté par le praticien lui même ou son équipe, il sera difficile d'établir cette confiance nécessaire à l'hypno-thérapie. C'est l'alliance thérapeutique dont parle **Sandrine AUCLAIR**²⁸

Comment être en même temps élément phobique « bourreau » et hypno -thérapeute ?

²⁸ BENHAIEM J.M. L'hypnose médicale 2^{ème} édition. Editions Med-line 2012

Pour revenir à notre patiente, afin de confirmer son déconditionnement phobique, je lui ai proposé de prendre un rendez-vous dans un autre cabinet et d'en faire le constat.

B) DISCUSSION

En tant que chirurgien-dentiste, ma problématique de prise en charge des patients stomatophobes s'organisait autour de 3 axes de réflexions :

1) L'hypnose est-elle réellement une solution pour le patient ?

Malgré la mise en évidence d'un délabrement buccal avancé lié à une phobie des soins, le patient ne ressent pas forcément le besoin d'une prise en charge psychologique. Un certain nombre de stomatophobes ne souhaite pas entendre parler d'une consultation et d'un suivi psychologique spécialisé. Ils ne sont pas « fous » disent-ils.

Loin des risques liés à une anesthésie générale et à un traitement médicamenteux de cette phobie, l'hypnose m'est apparue être un traitement, une technique avec peu ou prou d'effets secondaires. Ma récente pratique de l'hypnose médicale au cabinet a fait apparaître un double avantage dans mon activité au quotidien :

- ne plus craindre le stomatophobe avéré en lui proposant une solution.
- me repositionner systématiquement dans une approche somatique et psychique du patient, à laquelle je m'étais éloigné.

2) Peut-on l'intégrer dans un protocole de soins ?

Une des caractéristiques de la pratique du chirurgien-dentiste est l'existence d'une multitude de protocoles.

- Exemple :
- protocole de stérilisation pour les instruments,
 - protocole de soins endodontiques,
 - protocole de soins conservateurs,
 -

Il est donc essentiel pour moi de pouvoir intégrer l'hypnose dans un plan de traitement et un protocole de soins.

A cette interrogation , je réponds par l'affirmative puisque le traitement de la stomatophobie est une condition nécessaire et indispensable à la réalisation des soins à long terme. Il est

impensable que l'on puisse réaliser une anesthésie générale, au gré des velléités de soins du patient.

On devra donc identifier, et traiter sa phobie comme préalable incontournable à toute réalisation d'un plan de traitement de soins, sous peine d'échecs répétés.

3) A quel moment peut-on parler d'échec de cette prise en charge ?

Quel est le temps nécessaire à la guérison? La réponse à cette question sera faite au fur et à mesure de mes expériences cliniques.

Limites

Bien que l'hypnose semble être un outil adapté dans le traitement de la stomatophobie, il n'en est pas moins vrai que les limites demeurent.

- Dans la formation : le personnel des cabinets médico-dentaires doit être également formé à cet outil afin de participer pleinement à la prise en charge des patients.
- Dans l'organisation de l'agenda : pour ma part, la prise en charge hypnotique ne peut pas faire suite à un acte technique.
- Dans la tarification : l'évolution récente de la nomenclature et l'apparition de la classification commune des actes médicaux²⁹ dans les cabinets, ont remis en évidence certaines obligations. Le chirurgien-dentiste doit être en mesure de produire un devis pour un acte médical que celui-ci soit remboursé ou pas. Peut-on réaliser un devis dans ce cas ? Comment (nombre de séances) ?
- Opposabilité du traitement : s'il existe un plan de traitement et un devis, les résultats attendus seront opposables au praticien. Notion de médico-légale.

²⁹ CCAM

III. CONCLUSION

Ma découverte de l'hypnose et sa mise en pratique à travers le cas clinique traité, m'ont définitivement fait adopter cet outil.

C'est avec beaucoup de résistance que j'ai entrepris ce **D.U d'hypnose médicale**. Toutefois, cette connaissance nouvelle n'était pas conforme à ce que j'avais appris toute au long de mes études. Malgré mes doutes, l'aide que je pouvais apporter au patient était supérieure à mon ressenti.

L'hypnose n'a pas modifié ma vision des soins et de la prise en charge d'un patient, mais elle m'a donné les clefs pour accéder à l'autre composante de ce patient ingérable : son psyché.

Dans le cas de Madame C. le travail effectué a semble t-il porté ses fruits au-delà de ses espérances, ce qui a révélé d'autres attentes chez la patiente. Il était donc impératif de la recadrer dans ses demandes et de me limiter à mon domaine de compétence.

En ce sens l'hypnose formelle que j'ai utilisée est sans conteste, la plus adaptée à ma pratique.

La pratique de l'hypnose médicale replace le chirurgien-dentiste au cœur d'une alliance thérapeutique avec le patient afin de mieux gérer son état phobique.

BIBLIOGRAPHIE

1. ADF (association dentaire de France) Comprendre et prendre en charge la douleur en odontologie. Paris 2002
2. ALBY J-M, CELERIER M-C., DELISLE J-P.: La bouche entre plaisir et douleur Revue de médecine psychosomatique n° 15. Editions La pensée sauvage 1988
3. ANDRÉ C. Psychologie de la peur : Craintes, angoisses et phobies. Editions Odile Jacob, 2005
4. BENHAIEM J.M. L'hypnose médicale 2^{ème} édition. Editions Med-line 2012
5. BIOY A., Wood C, CELESTIN-LHOPITEAU I. L'Aide-mémoire d'hypnose-en 50 notions. 1ère éd. Paris : Dunod ; 2010
6. BIOY A. Déconditionnement par hypnose. Cours du D.U d'hypnose médicale université de la Réunion 2013.
7. BOISSONNAT-PELSY H., TICHOT I. La santé de l'Homme : Estime de soi et santé bucco-dentaire n° 417 jan-févr 2012
8. BREEDLOVE S. M., ROSENZWEIG M.R., WATSON N.V. Psychobiologie : de la biologie du neurone aux neurosciences comportementales, cognitives et cliniques 6^{ème} 30^{édit} américaine Traduit par BARTOLAMI S. Editions de boeck 2012
9. CAMPANELLA S., STREEL E. Psychopathologie et neurosciences : question actuelles de neurosciences cognitives et affectives. Editions de boeck, 2008
10. CHASSAGNE Cours de Chirurgie buccale pour D.U Nancy 2006
11. CHOUKROUN M-G. Au cœur de la relation thérapeutique : le transfert en odontostomatologie. Editions Glyphe 2007
12. CORYDO HAMMOND D. Métaphores et suggestions hypnotiques de *l'American society of clinical Hypnosis* Traduit par TAILLANDIER J. Éditions SATAS. 2004
13. COLLARD F., SAMAMA É. Dents, Dentistes et Art dentaire. L'Harmattan 2012
14. DAVID C. Hygiène bucco-dentaire du XVII^{ème} au XIX^{ème} siècle en France L'Harmattan 2010
15. EVE P. Ile à peur : La peur redoutée ou récupérée à la Réunion des origines à nos jours. Océan Editions 1992
16. FAUCHÈRE P-A. Douleur somatoforme. Editions Médecine et Hygiène 2007
17. GAUDY J.F Embryologie. Cours du D.U d'anatomie cranio-cervico-faciale 2005

18. GARNIER M., DELAMARE T. Dictionnaire illustré des termes de médecine. Editions Maloine 2004
19. GOUBAUX F. Anxiété au cabinet dentaire et impact de la sédation consciente au MEOPA Thèse de chirurgie-dentaire Nancy 2006
20. LEBEAU J. Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie pour les 2^{ème} cycle des études médicales. Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et de stomatologie. Editions Elsevier 2004
21. MIRABEL-SARRON C., VERA L. Comprendre et traiter les phobies. 2^{ème} édition. Editions Dunod 2010
22. OLIEVENSTEIN C. Ecrit sur la bouche - Paris - Éditions Odile Jacob, 1995, (ISBN 978-2738102690)
23. PELISSOLO A. Les phobies : faut-il en avoir peur ? Idées reçues. Editions le cavalier bleu 2012
24. SALEM G., BONVIN E. Soigner par l'hypnose 5^{ème} édition Elsevier-Masson, 2012
25. TENENBAUM S. L'hypnose Ericksonienne : un sommeil qui éveille 3^{ème} édition. InterEditions 2012
26. VEREECK E. Dent qui pousse, Dent qui parle. Editions Quintessence 2003

Les sites web consultés.

1. Jacques Salomé Site : [->www.j-salome.com]
2. umvf.univ-nantes.fr/chirurgie-maxillo-faciale-et.../site/html/1.html cours
3. <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychologie/psychologie/topique>
4. <http://www.staps.univavignon.fr/S2/UE2/Psychologie/> Les stades FREUD, PIAGET, WALLON.
5. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_TD_2013_RUGA_AGATHE.pdf
L'abord du patient au cabinet dentaire Approche psychologique et outils de communication Janvier 2013
6. <http://www.informationhospitaliere.com>
7. http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUPHA_TD_2013_RUGA_AGATHE.pdf
8. L'abord du patient au cabinet dentaire Approche psychologique et outils de communication. Janvier 2013

ANNEXES

QUESTIONNAIRE D'AUTO-ÉVALUATION SUR L'ANXIÉTÉ DENTAIRE 1

1°) Si tu avais rendez-vous chez ton dentiste demain, comment te sentirais-tu ?

1 2 3 4 5

2°) Si tu étais assis en salle d'attente, comment te sentirais-tu ?

1 2 3 4 5

3°) Si le dentiste était sur le point d'utiliser sa turbine, comment te sentirais-tu ?

1 2 3 4 5

4°) Si le dentiste était sur le point de te faire un détartrage, comment te sentirais-tu ?

1 2 3 4 5

5°) Si le dentiste était sur le point de faire une anesthésie locale sur une molaire maxillaire, comment te sentirais-tu ?

1 2 3 4 5

1: pas anxieux. 2 : un peu anxieux. 3 : assez anxieux. 4 : très anxieux. 5 : extrêmement anxieux

Un score supérieur ou égal à 19 est le signe d'une anxiété importante voire de phobie

Echelle d'anxiété dentaire modifiée (d'après Humphris et al.)

QUESTIONNAIRE D'AUTO-ÉVALUATION SUR L'ANXIÉTÉ DENTAIRE 2

1 Imaginez vous dans une situation où vous avez rendez-vous demain chez le dentiste. Comment vous sentez-vous. Cochez la situation qui convient.

- 1 Cela ne me dérange pas du tout
- 2 Cela ne m'inquiète pas particulièrement
- 3 Cela m'inquiète un peu
- 4 J'aurais peur que cela soit désagréable ou douloureux
- 5 Je serais paniqué à l'idée de ce que va faire le dentiste

2 Imaginez-vous assis dans la salle d'attente attendant votre tour. Que ressentiriez-vous. Cochez la situation qui convient.

- 1 Parfaitement calme
- 2 Un peu inquiet
- 3 Tendu
- 4 Nerveux et anxieux
- 5 Si nerveux et paniqué que cela me ferait transpirer et me sentir mal.

3 Imaginez-vous que c'est votre tour. Vous prenez place au fauteuil et vous voyez le dentiste préparer ses instruments. Que ressentiriez-vous. Cochez la situation qui convient.

- 1 Parfaitement calme
- 2 Un peu inquiet
- 3 Tendu
- 4 Nerveux et anxieux
- 5 Si nerveux et paniqué que cela me ferait transpirer et me sentir mal.

4 Imaginez-vous installé dans le fauteuil. Il ou elle va juste commencer à vous faire un détartrage.

- 1 Parfaitement calme
- 2 Un peu inquiet
- 3 Tendu

..... 4 Nerveux et anxieux

..... 5 Si nerveux et paniqué que cela me ferait transpirer et me sentir mal.

DAS – Dental Anxiety (Corah 1969) (modifié)

5 Comment pouvons nous vous aider ?

..... En me rassurant davantage

..... Par Hypnose

..... Par une anesthésie locale douce

..... Par une anesthésie générale

ECHELLE D'HÉTÉRO-ÉVALUATION

- ✓ **Score 0 : Détendu**, souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le dentiste spontanément ou dès qu'on le lui demande. *Bras et pieds en position de repos. Attentif*
- ✓ **Score 1 : Mal à l'aise**, préoccupé. Pendant une manœuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Elles sont parfois crispées. Expression faciale tendue. Pâleurs, sueurs. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le dentiste. *Regards furtifs sur l'environnement.*
- ✓ **Score 2 : Tendus**. Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Pendant une manœuvre stressante, protestations verbales, pleurs (discrets), mains tendues et levées, mais sans trop gêner le dentiste. Pâleurs, sueurs. Inquiet de tout nouvel événement. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée. *Cherche un contact corporel rassurant (main, épaule)*
- ✓ **Score 3 : Réticent** à accepter la situation thérapeutique, a du mal à évaluer le danger. Protestations énergiques mais sans commune mesure avec le danger ou exprimées bien avant le danger, pleurs. Pâleur, sueurs. Utilise les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Mouvements d'évitement. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés. *Accepte le maintien des mains*
- ✓ **Score 4 : Très perturbé** par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement, cris. Importantes contorsions nécessitant parfois une contention. Le patient peut encore être accessible à la communication verbale mais après beaucoup d'efforts et de réticence pour une maîtrise relative. *La séance est régulièrement interrompue par les protestations.*
- ✓ **Score 5 : Totalemment déconnecté** de la réalité du danger. Pleure à grands cris, se débat avec énergie. Le praticien et l'entourage ne contrôlent plus l'enfant. Inaccessible à la communication verbale. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuites : tente activement de s'échapper. *Contention indispensable.*

Échelle de VENHAM modifiée par Veerkamp

RESUME ET MOTS CLEFS

Titre : Gestion des patients stomatophobes en médecine bucco-dentaire. Apport de l'hypnose en cabinet libéral

Mots clefs : Hypnose- médecine bucco-dentaire- phobie- stomatophobie- estime de soi.

Résumé :

L'évolution des techniques et des connaissances en médecine bucco-dentaire a été dans nos sociétés occidentales, un accélérateur de progrès dans la prise en charge des patients. Le confort des soins prodigués est sans commune mesure, semblable à ce du début du siècle. Parallèlement à l'amélioration de l'offre de soins, on constate un pourcentage non négligeable de patients réfractaires aux soins oraux et exprimant une phobie délétère : **La stomatophobie**

Cette phobie, exprime la souffrance des patients devant l'impossibilité de se faire soigner dans nos cabinets.

Ce travail aborde à travers un cas, l'outil **hypnose** comme une des solutions de prise en charge de la maladie.