

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>



DIPLÔME UNIVERSITAIRE D'HYPNOSE MÉDICALE ET
CLINIQUE

APPORT DE L'HYPNOSE DANS LA PRISE EN CHARGE DU
SYNDROME ALGO-DYSFUNCTIONNEL DE L'APPAREIL
MANDUCATEUR: UN CAS CLINIQUE.

Dr Yannick VERNIN Chirurgien-dentiste

SOUS LA DIRECTION DU DR Otman KERKENI

UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION ANNÉE UNIVERSITAIRE 2013-2014

REMERCIEMENTS

A M. Antoine BIOY, Mme Isabelle CELESTIN- LHOPITEAU, M. Arnaud GOUCHET, pour leur enseignement passionnant de l'hypnose.

A M. Otman KERKENI, pour ses remarques et ses conseils sur ce travail.

A Toute l'équipe pédagogique du DU.

A Sélène, Lise-may et Mégane.

PLAN

Remerciements

Plan

Introduction

I. Revue de travaux et problématique.

1. Rappels anatomiques
2. Les ADAM.
3. L'hypnose.
 - 3.1. L'hypnose: définitions.
 - 3.2. Hypnose et douleur chronique.
 - 3.3. Hypnose et anxiété.
4. Problématique

II. Méthodologie de la recherche.

1. Présentation de la patiente.
2. Cadre des entretiens.

III. Résultats et données cliniques.

1. Entretien préliminaire.
2. Première séance.
3. Deuxième séance.
4. Mise en place de l'auto-hypnose.
- 5 Résultats et ressenti de la patiente.

IV. Discussion théorico-clinique.

1. Rappel de la problématique.
2. confrontation des observations à la problématique

- 2.1. Rapport de la patiente à l'hypnose.
- 2.2. Auto-critique des séances.
- 2.3. Effets antalgiques
- 2.4. Effets sur l'anxiété
3. Intérêt de l'hypnose dans le cadre d'une prise en charge globale.
4. Discussion éthique.
5. Apport de cette étude.

Conclusion.

INTRODUCTION.

Depuis la fin de mes études dentaires en 1997, j'ai toujours attaché beaucoup d'importance à me former régulièrement à travers différentes formations post-universitaires proposées à la Réunion. Toutefois ces formations portaient exclusivement sur des actes techniques et bien que toujours envisagées dans le respect de l'intégrité physique et psychique des patients, il n'en demeurait pas moins que la communication et les rapports humains n'étaient que peu ou pas abordés.

Ainsi lorsqu'un ami kinésithérapeute m'a parlé du diplôme universitaire d'hypnose médicale, j'y ai vu une occasion unique de sortir du cadre technique et souvent répétitif de ma profession. Et pourquoi pas, de l'envisager autrement.

Comme tout profane, la seule vision de cette discipline était celle de l'hypnose du spectacle, mais conforté par la consultation d'articles et de vidéos consacrés à l'utilisation de l'hypnose en anesthésie et en analgésie, il en est ressorti une grande impression de confort chez les patients tant dans le déroulement de l'acte médical que dans la gestion de l'anxiété.

En tant que chirurgien-dentiste, je suis quotidiennement confronté au stress des patients, notamment à la peur des enfants face aux soins, ou à l'état de stress généré par des épisodes douloureux aigus ou des douleurs chroniques souvent installées depuis longtemps; avec de plus un stress du praticien augmenté face à certaines situations.

A ma grande satisfaction, j'ai pu faire mes premiers pas dans ce nouvel univers qu'est pour moi l'hypnose, dès la fin de la première semaine de formation, grâce à l'enseignement très concret et motivant du Docteur Arnaud Gouchet.

Ces premières expériences d'hypnotiseur ont été réalisées avec des enfants. A ce stade je ne pense pas avoir induit des états de trances hypnotiques très profondes, on peut plus parler d'hypnose conversationnelle, je me suis d'ailleurs plus senti dans la peau d'un raconteur d'histoires, avec toutefois des résultats encourageants dès le début.

Adopter « l'hypnotique attitude » m'a aussi fait ressentir un bénéfice dans ma pratique, notamment une évolution positive de la communication avec les patients, ainsi que dans la gestion de mon stress.

Si mes débuts se sont axés sur le contrôle de l'anxiété au fauteuil dentaire, la découverte de l'auto-hypnose m'a donné l'envie d'aider les patients dans le traitement de certaines douleurs chroniques.

Parmi ces douleurs chroniques, on rencontre notamment les douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire, dont, comme nous allons le voir, les origines sont très diverses, et qui occasionnent souvent des gênes fonctionnelles importantes et répondant peu ou pas aux traitements classiques, surtout si elles sont anciennes.

Dans ce mémoire, je décrirai donc l'utilisation de l'hypnose chez une patiente qui a eu la gentillesse de me laisser faire mes premiers pas en hypnose avec elle dans la recherche d'une solution à ses problèmes de douleur chronique de l'ATM.

I.Revue de travaux et problématique.

1.Rappels anatomiques.(1)

1.1.. Anatomie descriptive.

L'articulation temporo-mandibulaire est une double articulation condylienne qui met en présence, par l'intermédiaire d'un ménisque le processus condyloire de la mandibule avec celui du temporal.

Elle est située à la partie latérale de la face, en arrière du massif facial, sous la base du crâne, en avant et en dessous du conduit auditif externe, aux confins de la région temporale en haut, massétérine en bas, parotidienne et auriculaire en arrière (fig. 1).

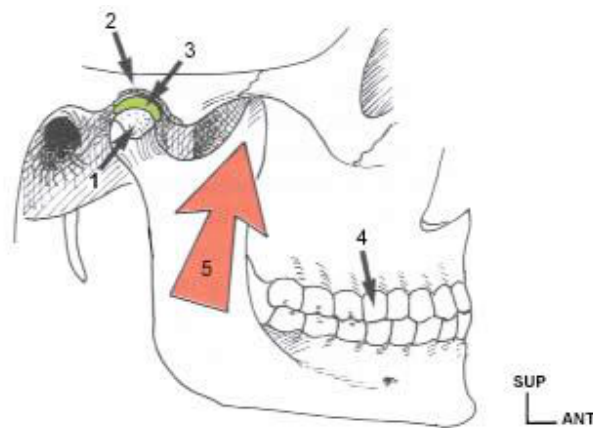


Fig.1: Articulation temporo-mandibulaire

1. Condyle mandibulaire 2. Temporal 3. Disque articulaire 4. Articulé dentaire 5. Masséter

1.1.1. Les surfaces articulaires (fig. 2).

Les surfaces articulaires sont d'une part, la surface articulaire temporale et d'autre part, le condyle mandibulaire et le disque articulaire. Ces surfaces osseuses sont recouvertes de tissu fibreux dense et non de cartilage hyalin. Les seules surfaces soumises au frottement sont revêtues de tissu fibreux dense articulaire, souple et élastique, permettant le glissement et protégeant l'os sous-jacent, tout en empêchant l'usure.

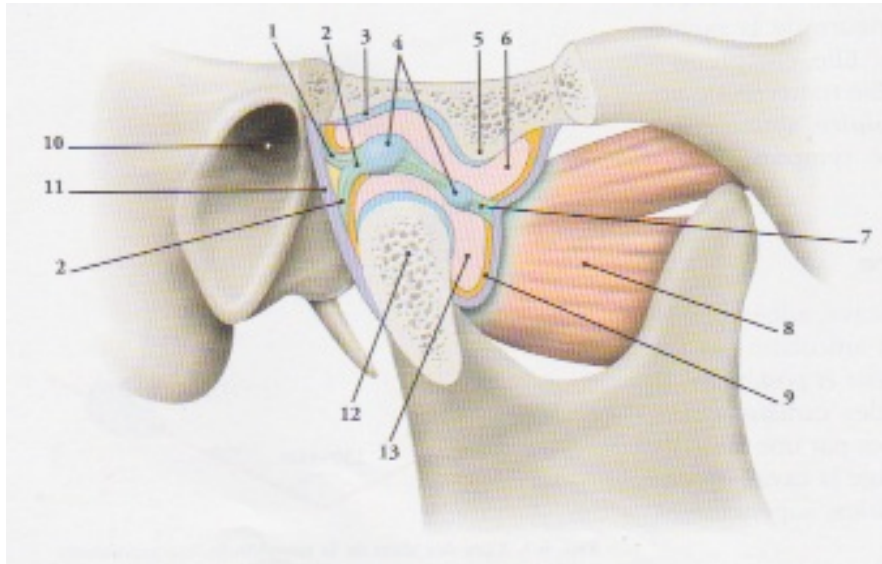


Fig. 2: ATM Coupe sagittale

1.frein temporo méniscal 2.lig. méniscal postérieur 3.fosse mandibulaire 4.cartilage articulaire 5.tubercule articulaire temporal 6.cavité synoviale supérieure 7.lig. méniscal antérieur 8.muscle ptérygoïdien latéral 9.capsule articulaire 10.méat acoustique externe 11.membrane fibreuse de la capsule 12.tête du condyle 13.cavité synoviale inférieure.

1.2. Anatomie fonctionnelle.

Les ATM font partie des articulations les plus sollicitées avec environ 10000 mouvements par 24 heures. Elles participent à deux fonctions essentielles, l'ouverture de la bouche et la mastication. Chaque articulation est double d'un point de vue fonctionnel (2)

1.2.1. Propulsion-rétropulsion.

Le mouvement de propulsion est un mouvement postéro-antérieur qui conduit à la projection en avant de la mandibule, donc du menton. Le mouvement inverse de celui précédemment décrit est appelé rétropulsion.

1.2.2. Abaissement-élévation (ouverture-fermeture).

1.2.2.1. Ouverture.

Ce mouvement qui porte le menton en bas et en arrière, se fait en deux temps:
- un mouvement de propulsion, traduit par une bouche fermée ou peu ouverte.
- puis, la tête mandibulaire effectue une rotation antéro-postérieure siégeant dans l'articulation menisco-mandibulaire. Les incisives inférieures décrivent un arc de cercle et la bouche s'ouvre grandement.

Fonctionnement du complexe condylo-discal (CCD):

le disque est attaché aux pôles du condyle par des ligaments collatéraux, de telle sorte que le seul mouvement possible du disque est une rotation postérieure sur la tête du condyle.

lors de l'ouverture, l'attache retrodiscale supérieure élastique est étirée permettant la translation antérieure du CCD (fig. 4).

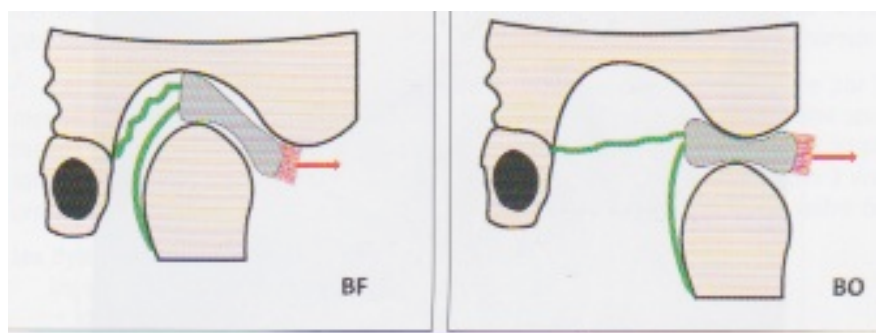


Fig. 4: Translation antérieure du CCD pendant l'ouverture, s'accompagnant d'un mouvement de rotation postérieure du disque (en gris) sur la tête du condyle. En rouge: fibres du ptérygoïdien latéral. En vert: attaches discales postérieure sup. (élastique) et inférieures.(BF: bouche fermée, BO: bouche ouverte).

1.2.2.2. Fermeture.

La mandibule et les ménisques se déplacent en sens inverse, le mouvement est d'abord une rotation mandibulaire, puis un glissement ménisco-temporal. Il est arrêté par la rencontre des dents et la butée du condyle contre l'os tympanique.

1.2.3. La diduction.

Au cours de ce mouvement, la mandibule se porte latéralement.

2. Les ADAM (algies et dysfonctionnement de l'appareil manducateur).(2)

2.1. Définition.

Les algies et dysfonctionnements de l'appareil manducateur regroupent un ensemble de symptômes qui concernent les ATM et les muscles masticateurs, avec, dans certains cas une extension à la région cervicale.

Ces affections sont fréquentes, elles touchent près de 10% de la population et représentent la deuxième cause de douleur musculo-squelettique après les lombalgies.

Ces désordres musculo-articulaires engendrent des handicaps de sévérité variable. Ils peuvent être responsables d'une gêne douloureuse et/ou fonctionnelle invalidante, susceptible de perturber la mastication et d'altérer la qualité de vie des patients. Ils nécessitent dans ce cas une prise en charge thérapeutique.

2.2. Classification.

Les ADAM peuvent être regroupées en deux grandes familles, même si le tableau clinique est souvent plus complexe du fait de l'association des différents symptômes:

- Les ADAM musculaires se traduisant par des douleurs (myalgies aiguës ou chroniques, localisées ou étendues à plusieurs muscles), des sensations de fatigue ou de tensions musculaires, mais aussi des altérations de la cinématique mandibulaire (limitation à l'ouverture) et un inconfort occlusal.

- Les ADAM articulaires se manifestant par des douleurs (arthralgie), des bruits (craquements ou crépitements) et des altérations de la cinématique mandibulaire (limitation d'ouverture, ressauts ou déviation à l'ouverture).

Ces symptômes résultent le plus souvent de facteurs traumatiques, de dysfonctionnement du complexe condylo-discal (luxation) ou d'atteinte dégénérative des surfaces articulaires (arthrite, arthrose).

2.3. Etiopathogénie.

Actuellement, il est reconnu que les ADAM n'ont pas une origine unique mais une étiologie multifactorielle, impliquant des facteurs traumatiques, psychologiques, systémiques et dans certains cas occlusaux et posturaux.

2.3.1. Facteurs occlusaux.

Pendant longtemps on a attribué aux malocclusions un rôle essentiel dans le déclenchement et l'entretien des ADAM.

Cependant, les résultats de nombreuses études n'ont pas permis d'établir une relation causale entre ces malocclusions et les ADAM. Certaines conditions occlusales seraient toutefois plus fréquentes chez les patients atteints et pourraient constituer des facteurs de risque.

2.3.2 Facteurs posturaux.

Il a été suggéré dans les années 1980 que le dysfonctionnement des muscles masticateurs pourraient induire des douleurs musculaires et des troubles posturaux à distance. Réciproquement certains dysfonctionnements de l'appareil manducateur seraient la conséquence d'un trouble de la posture.

Cependant, cette conception posturale des ADAM est toujours dans l'attente d'une validation scientifique convaincante.

2.3.3. Facteurs traumatiques.

Les traumatismes mandibulaires représentent des facteurs de risque importants.

2.3.3.1. Macrotraumatismes mandibulaires.

Ce sont les plus fréquemment associés aux ADAM articulaires car ils sont susceptibles de provoquer un étirement des systèmes d'attache de l'ATM et du disque avec, pour conséquence, un risque d'hyperlaxité et de déplacement discal.

Ils sont représentés par:

- Les traumatismes directs sur la mandibule.
- Les traumatismes indirects, comme une entorse cervicale causée par un accident de voiture.
- toute manoeuvre provoquant une ouverture buccale forcée ou prolongée

2.3.3.2. Microtraumatismes ou parafunctions orales.

Une parafunction est une activité non fonctionnelle de l'appareil masticateur, c'est à dire en dehors des activités de mastication, de déglutition et de phonation. Ces activités sont nocives car elles génèrent des microtraumatismes répétés sur les composants de l'appareil masticateur.

Elles sont représentées par:

- Le bruxisme: serrement, grincement des dents, diurne ou nocturne.
- Les tics de mordillement (ongles, stylos...)
- Une mastication unilatérale.
- La mastication fréquente de chewing-gum.
- Des attitudes posturales nocives (lors du sommeil, pratique du violon).

2.3.4. Facteurs psycho-sociaux.

L'importance des désordres psychologiques et émotionnels dans l'évolution des ADAM est attestée par de nombreuses études, tout particulièrement pour les myalgies. En particulier, le stress est un facteur reconnu d'entretien des ADAM car il génère des tensions psychiques qui favoriseraient les parafunctions.

2.3.5. Facteurs systémiques.

Les ADAM s'inscrivent parfois dans le cadre de certaines affections systémiques dont ils représentent l'une des manifestations. On retiendra l'hyperlaxité ligamentaire généralisée, certaines pathologies articulaires, et l'hypothyroïdie responsable de crampes et fatigue musculaire.

2.4. Les ADAM musculaires.

Ces dysfonctions sont caractérisées par des douleurs qui sont liées à une souffrance musculaire des muscles masticateurs (appelés volontiers « spasmes »), à des lésions de type fasciite ou tendinite (syndrome myofascial) ou à une capsulite et/ou une synovite de l'articulation. Ces spasmes sont localisés sur les élévateurs mandibulaires, provoquant ainsi un grincement réflexe des dents. Ils sont généralement dus à des causes psychologiques.

Les douleurs spontanées sont un des motifs principaux des consultations. Leur topographie est très variable, soit à l'articulation elle-même, soit aux différents corps musculaires (région temporale, massétérine, cervicale antérieure, nucale), soit aux zones de projection douloureuse (région orbitaire, région mandibulaire, région maxillaire, région frontale, région occipitale). La palpation de ces muscles permet de retrouver des points « Trigger » véritables gâchettes de douleurs. On note parfois une hypertrophie musculaire liée à l'hyperfonction, particulièrement visible au masséter et au temporal, pouvant être parfois très importante.

Lorsque que ces douleurs évoluent sur plusieurs mois ou années il en résulte des myalgies chroniques se traduisant par des douleurs quasi-permanentes. Leur traitement s'avère difficile puisqu'elles s'expriment dans un contexte psychologique délétère qui participe à l'auto-entretien de la douleur.

2.5. Les ADAM articulaires.

2.5.1. Dysfonctionnement du complexe condylo-discal.

Si pour des raisons traumatiques ou constitutionnelles les ligaments discaux sont étirés

et/ou le disque est altéré, le disque ne sera plus maintenu dans l'espace articulaire. Cette condition va favoriser l'apparition d'un jeu discal, puis le déplacement vers l'avant du disque sous l'effet de la traction des fibres du ptérygoïdien latéral supérieur.

2.5.1.2. Luxation discale réductible.

C'est le dysfonctionnement le plus fréquent des ADAM articulaires, elle résulte d'un déplacement le plus souvent antéro-médian du disque, induisant une perte d'articulation entre le condyle et le disque. le disque est ensuite recapté par le condyle en un point variable du trajet d'ouverture (fig. 8). On notera un claquement sec et sonore à l'ouverture et parfois à la fermeture, ainsi qu'une déviation mandibulaire à l'ouverture du côté atteint.

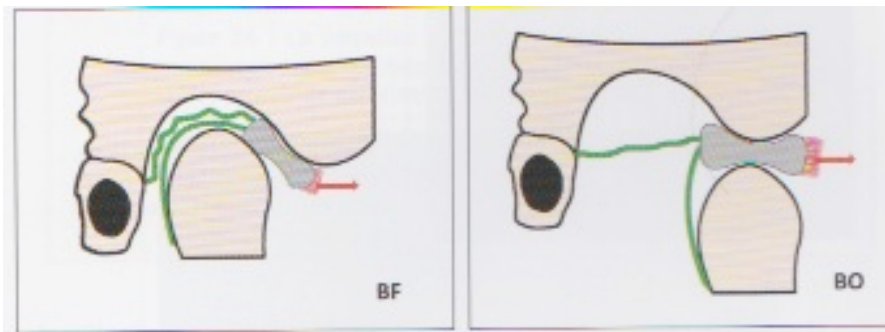


Fig.8: luxation discale réductible. Le disque positionné antérieurement bouche fermée est recapté par le condyle pendant l'ouverture.

2.5.1.3. Luxation discale irréductible.

Elle correspond à la luxation complète et irréversible du disque en avant du condyle sans possibilité de recapture spontanée (fig. 9). Si le patient est vu en phase aiguë (luxation récente) on note:

- une limitation d'ouverture avec déflexion du côté luxé.
- une douleur articulaire intense, aggravée par les tentatives d'ouverture et la mastication.

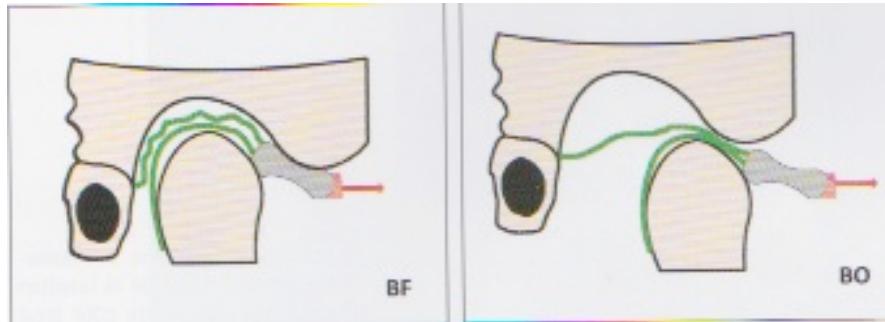


Fig. 9: luxation discale irréductible. Le disque positionné antérieurement bouche fermée n'est pas recapté par le condyle à l'ouverture, et conserve une position antérieure.

2.5.2. Subluxation et luxation condylienne.

-Subluxation: Elle correspond à une translation antérieure excessive du complexe condylo-discal qui franchit l'éminence temporale en fin d'ouverture maximale. le patient peut cependant refermer la bouche.

-Luxation: elle correspond au passage du condyle au delà de l'éminence temporale, mais avec impossibilité pour le patient de refermer la bouche.

2.5.3. Les arthralgies.

Elles consistent en une réaction inflammatoire au niveau d'un des constituants de l'ATM. Elles se traduisent par des douleurs spontanées exacerbées par la fonction et susceptibles d'irradier vers les régions voisines (muscles masticateurs, oreille, région temporale ou cervicale).

2.5.4. Atteintes dégénératives des surfaces articulaires.

- L'arthrite: elle correspond à une manifestation inflammatoire douloureuse aiguë de l'articulation en réponse à une surcharge mécanique des surfaces articulaires, aboutissant à des destructions et remodelage osseux. On notera une limitation des mouvements par contraction réflexe des muscles élévateurs. Et l'évolution se fait vers une régression spontanée de la crise douloureuse.

- L'arthrose: elle correspond à la phase chronique de remodelage des surfaces ostéo-articulaires. Elle est généralement asymptomatique, on notera toutefois des bruits articulaires de type crépitements évoquant un bruit de sable dans l'articulation.

2.6. Recommandations thérapeutiques.

Les objectifs sont:

- rassurer les patients, souvent inquiets de l'évolution des symptômes.
- réduire la symptomatologie douloureuse qui peut être invalidante
- restaurer un fonctionnement acceptable de la fonction masticatrice

2.6.1. La rééducation comportementale.

Elle concerne:

- la prise de conscience et le contrôle des parafunctions orales.
- le contrôle de la posture mandibulaire.
- l'adaptation de l'alimentation.
- la prévention de toute ouverture buccale forcée et prolongée.
- le contrôle du stress.

2.6.2 Les traitements pharmacologiques.

La prescription médicamenteuse est essentiellement indiquée dans le contrôle de la douleur et la recherche d'un effet myorelaxant.

2.6.3. Les gouttières occlusales de stabilisation.

L'utilisation de ces orthèses dans le traitement des ADAM remonte aux années 1960. Elles devaient permettre une reprogrammation de l'occlusion, un repositionnement des condyles et une relaxation musculaire. Ses mécanismes d'action sont pourtant mal connus et comportent sans doute un effet placebo important, pourtant elles sont encore largement utilisées avec une relative efficacité.

2.6.4. Les thérapies physiques.

Elles peuvent apporter un soulagement à court terme et contribuer à une évolution favorable des ADAM. Ces moyens physiques comprennent:

- l'application de glace.
- l'application de chaleur humide.
- les massages musculaires
- la kinésithérapie mandibulaire

2.6.5. Les traitements irréversibles.

Ces thérapeutiques qui ne sont à considérer qu'en cas d'échec des précédentes comprennent les thérapeutiques occlusales et la chirurgie de l'ATM. Toutefois ces techniques ne sont pas sans risque et leur bénéfice est discutable, les résultats obtenus n'étant, bien souvent pas meilleurs qu'avec les thérapeutiques conventionnelles.

3. L'hypnose.

3.1. Définitions.

L'état hypnotique est un état de conscience modifié.

En 1958, Erickson donnait cette définition: « L'hypnose est un état de veille avec une concentration accrue permettant une augmentation de la réceptivité et de la réactivité à une idée ou un groupe d'idées. »(3)

Cet état particulier et le cadre dans lequel il est provoqué et accompagné par un praticien (c'est-à-dire celui d'une relation thérapeutique) sont les deux aspects qui composent l'hypnose , ainsi définie:

« Etat de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi » (4).

Et dans le cadre de la douleur:

« L'hypnose thérapeutique est une expérience relationnelle mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques permettant à l'individu de mieux vivre, d'atténuer ou de supprimer une pathologie douloureuse aiguë ou chronique » (5).

3.2. Déroulement des séances d'hypnose.

Une séance d'hypnose formelle est un processus qui se déroule en plusieurs étapes durant lesquelles va s'organiser une certaine centration de l'attention du patient afin qu'il puisse, dans un second temps, élargir son champ de conscience et explorer d'autres manières de faire et percevoir de nouvelles capacités, faire un pas de côté. Les différentes étapes sont les suivantes (6,7):

- l'induction: il est demandé au patient de fixer son attention sur une perception ou plusieurs successivement (visuelles, auditives, kinesthésiques, olfactives, gustatives), une douleur, un souvenir, une image, un mouvement, un son etc., selon le problème à traiter. Il existe différentes techniques d'induction (saupoudrage, confusion, etc.).

Cette focalisation de l'attention, qui marque le début du processus hypnotique, permet au patient de faire abstraction de nombreux éléments extérieurs ou intérieurs. Cet état de centration sur l'individu, son corps et ses sensations permet le passage vers l'étape suivante, la dissociation.

- la dissociation psychique est l'état hypnotique à proprement parler ou le sujet est à la fois ici et ailleurs dans son monde intérieur, extrêmement attentif à ce qui lui est proposé par le thérapeute. Il entre alors, accompagné par le thérapeute, dans un autre type de perception élargie (appelée "perceptude" par F.Roustang). C'est la phase thérapeutique à proprement parler.

- la phase thérapeutique, le patient, guidé par le thérapeute à l'aide de divers exercices (suggestions, métaphores, etc.) est amené à observer son problème sous un autre angle, à puiser dans ses ressources, à imaginer d'autres types de fonctionnements qui lui permettront de contourner, résoudre ses difficultés.

La séance se termine par le retour à la sensorialité habituelle (= sortie de transe) avec les réaménagements apportés par la séance d'hypnose .

3.3. La communication hypnotique.

La pratique de l'hypnose s'inscrit dans le cadre d'une relation entre soigné et soignant. Comme dans toute relation, l'échange est basé sur la communication, qu'elle soit verbale ou non verbale. « Une communication « soignée » devient une communication « soignante ». Un discours « bien pensé » devient un discours « bien pansant ». La communication devient thérapeutique. » (3)

Les suggestions peuvent être directes : le soignant fait des propositions claires au patient. Elles peuvent être également indirectes : l'objectif est bien défini, mais n'est pas formulé en tant que tel au patient. Elles sont utilisées couramment en hypnose dans le but d'obtenir un changement chez celui-ci.

La communication non verbale:

-Le soignant, dans son écoute du patient, doit également être attentif au non-verbal, c'est-à-dire à la posture, aux attitudes, aux mimiques du visage, et à la gestuelle de son interlocuteur. Ceci donne des indications sur l'état intérieur du patient et permet d'adapter le déroulé de la séance, de se réajuster à lui en permanence.

Outre l'hypnose formelle décrite précédemment, on notera l'hypnose conversationnelle qui peut être décrite comme une conversation entre un soignant et un patient en vue d'atteindre un objectif fixé. Le soignant utilise pour cela un mode de communication plus adapté au patient, en utilisant tous les éléments de la communication hypnotique décrits précédemment, sans qu'il n'y ait une phase d'induction. Le patient se trouvera alors dans un état hypnotique léger (8).

3.4. Hypnose et douleurs chroniques.

La douleur chronique ne peut pas être réduite à une douleur aiguë qui persiste. Elle a perdu sa fonction de symptôme d'alarme et est le plus souvent dissociée de sa composante lésionnelle pour devenir une maladie en soi.(9)

En douleur chronique, il sera important de replacer la douleur dans l'histoire de vie du patient et d'amener le patient à détailler celle-ci afin de travailler sur ses représentations (par la réification de la douleur). Grâce aux progrès de l'imagerie médicale on a pu détecter « un

fonctionnement cérébral spécifique mettant en évidence l'intervention du cortex cingulaire antérieur dans la modulation de la perception douloureuse par l'état hypnotique »(3,10).

Pour Antoine Bioy, il ne faut pas rechercher une guérison totale chez la patient douloureux chronique, mais plutôt le réorienter positivement, et lui montrer qu'il y a aussi des moments sans douleur. on n'enlève pas la douleur de façon permanente, on aménage l'identité du douloureux chronique. Ce qui implique :

- de discuter d'objectifs raisonnables.
- d'obtenir un soulagement en modifiant un seul comportement, sans changer l'identité du patient.

L'hypnose est une technique de communication spécifique, les suggestions de relaxation favorisent la détente et le confort, ce qui peut décontracter les tensions musculaires génératrices de douleur. Les suggestions post-hypnotique peuvent quand à elles créer des automatismes adaptatifs, émotionnels ou moteur, programmés pour se manifester spontanément au moment où le patient en a besoin (11). Le soulagement qui en résulte peut se répercuter sur le vécu global du patient.

Et si la douleur est l'objet d'une attention et éventuellement d'une prise de soins, ce n'est non pas du fait du percept qu'elle constitue, qui n'est qu'une information, mais du fait des « à-côté » de la douleur qui sont l'objet du travail et des effets de l'hypnose: une diminution du niveau de souffrance qui, on peut l'espérer mènera le patient à pouvoir totalement s'extraire de ce qui est ressenti comme si cela n'existait plus.

Dans ce contexte, il est souvent utile dans les premières consultations si ce n'est à la première de proposer une séance « orthodoxe », (...), qui proposera simplement une exploration des ressentis ici et maintenant. Cela permet au patient non seulement de prendre contact avec l'hypnose thérapeutique, mais aussi d'obtenir du matériel pour axer les séances suivantes. » (12)

3.5. Hypnose et anxiété.

L'anxiété est une réaction naturelle face à une situation de stress. Un patient douloureux ou dans l'attente d'un soin est dans un état anxieux (qui peut être léger ou intense). Dans son accueil, le soignant peut, par son attention, son calme et le choix des mots qu'il utilise, en

étant présent à l'autre, faciliter la diminution de son niveau d'anxiété.

Selon I. Celestin-Lhopiteau, différentes études contrôlées, ainsi que des méta-analyses, montrent de façon significative les bénéfices l'hypnose chez des patients adultes ou enfants dans de multiples indications, y compris l'anxiété des soins. (13)

L'hypnose agit sur la composante sensorielle, affective, cognitive et comportementale de la douleur (10), et contribue donc à apaiser l'anxiété qui lui est souvent associée. Elle procure une sensation de détente et de relaxation. L'état de transe hypnotique se caractérise par des changements perceptibles au niveau physique avec un ralentissement des rythmes cardiaque et respiratoire, et souvent un sentiment d'apaisement et de détente. Cette pratique offre la possibilité pour un patient de focaliser son attention sur un lieu sûr, sur des suggestions de confort. Comme pour la douleur, le travail sur la respiration, la réification et l'exploration de la safe place peuvent être utilisés.

Le travail sur l'anxiété pourra également se faire grâce à la mise en place d'auto-hypnose avec le patient.

3.6. L'autohypnose.

L'auto-hypnose consiste à permettre au patient d'induire une transe personnelle, elle s'apprend avec un thérapeute, au travers d'une relation thérapeutique qui amène non seulement le patient à ressentir ses propres capacités de changement, mais aussi à savoir induire lui-même la transe. C'est une partie importante de l'apprentissage du patient, notamment lorsque l'hypnose est utilisée dans le but de modifier une douleur. Il est important que le patient apprenne à devenir autonome et à modifier sa douleur à tout moment lorsqu'il en ressentira le besoin.(14)

L'apprentissage des technique d'auto-hypnose est un élément clé dans la gestion des douleurs chroniques. La durée de l'effet antalgique de l'hypnose étant mal connue, la pratique régulière de l'auto-hypnose peut aider le patient à renouveler l'expérience de soulagement expérimentée lors des consultations. Cet apprentissage tend à privilégier l'autogestion

symptomatique pouvant apporter une aide complémentaire aux moyens pharmaco-chirurgicaux habituels.

On notera toutefois que la douleur chronique accapare bien souvent les ressources attentionnelles du patient et peut affaiblir ses capacités de concentration et de mémorisation, freinant par la même occasion l'apprentissage de l'auto-hypnose.(15)

4. Problématique.

Régulièrement confronté à des plaintes émanant de patients sujets à des douleurs chroniques, l'utilisation de l'hypnose m'a semblé utile dans la prise en charge de ces patients. Et plus particulièrement comment pourrait s'intégrer l'hypnose dans le soulagement de douleurs chroniques de l'articulation temporo-mandibulaire. Ces douleurs ont pour particularité d'avoir une origine multi-factorielle tant physiques que psychiques, de plus leur installation souvent ancienne génère une anxiété, créant ainsi de forts ancrages négatifs chez les patients.

Comme dans beaucoup de pathologies chroniques, l'auto-entretien des douleurs se fait à cause du stress, on pourrait même schématiser ainsi: l'anxiété provoque de la douleur qui crée de l'anxiété.

A travers l'étude d'un cas clinique d'algie dysfonctionnelle de l'articulation mandibulaire, et l'intégration de l'hypnose à ma pratique professionnelle dans la recherche d'un apaisement de ces douleurs chroniques, je me suis posé les questions suivantes:

- L'hypnose apportera t'elle un soulagement appréciable aux douleurs chroniques liées à la dysfonction articulaire..

-Si soulagement il y a, quel sera l'effet de cette amélioration sur le niveau de stress, qui en plus d'être un facteur causal, participe à l'auto-entretien des douleurs.

Je m'interrogerai aussi sur l'impact qu'a pu avoir l'intégration de l'hypnose à ma pratique, sur ma relation à l'autre et dans mon attitude de soignant.

II. Méthodologie de la recherche.

1. Présentation de la patiente.

Il s'agit de Madame G. âgée de 64 ans. Retraitée de l'éducation nationale, cette patiente à une grande activité sociale et fait du théâtre de façon intensive. Les premiers rendez vous ont consisté à une réhabilitation bucco dentaire avec notamment le rétablissement des secteurs molaires. Très vite est apparu une demande concernant des douleurs récurrentes de l'ATM et de la région cervicale essentiellement le matin au réveil, le soir au coucher et lors de la mastication. Les traitements effectués par son ostéopathe n'ont pas apportés d'amélioration notable.

A l'examen clinique on note:

- une ouverture buccale normale.
- un trajet d'ouverture légèrement déviée vers la gauche, un trajet de fermeture droit.
- un léger claquement articulaire à gauche.
- des douleurs tempore et de la région cervicale gauche à la palpation.
- une douleur de l'articulation à gauche lors de la mastication.
- des usures dentaires correspondant à un bruxisme nocturne (lié principalement à l'expression de l'anxiété).

L'examen radiologique de l'ATM (Annexe 1) révèle :

- A gauche un ménisque réduit à un petit moignon, luxé en antérieur, aussi bien bouche ouverte que fermée avec un condyle atrophié et présentant des irrégularités osseuses.
- A droite un ménisque normalement positionné et d'aspect normal tout comme le condyle mandibulaire.

On est donc en présence d'une luxation méniscale irréductible gauche avec arthrose du condyle mandibulaire. La quasi absence de bruit articulaire ainsi qu'une ouverture-fermeture d'amplitude normale et quasi-droite, signent une lésion ancienne avec adaptation du patient.

La restauration des secteurs molaires rétablissant un calage postérieur et une mastication optimisée, ainsi que la réalisation d'une gouttière occlusale ont permis d'atténuer les douleurs à la mastication, ainsi qu'une réduction des grincement de dents . Toutefois

subsistent les douleurs articulaires, temporales cervicales matinales et en fin de journée pouvant être encore assez intenses avec une sensation douloureuse oppressante, selon les mots de la patiente, « d'engrenage rouillé ».

Ce sont sur la prise en charge de ces douleurs que va porter le travail hypnotique.

On retiendra de plus un contexte psychologique particulier, avec un parcours jalonné d'épisodes douloureux tant physiques que psychiques, contexte qui sera décrit ci-après lors de l'entretien préliminaire.

2. Cadre des entretiens.

A ce jour trois consultations en hypnose ont eu lieu postérieurement aux soins dentaires. La première, à l'issue d'une séance de soins, ou une conversation s'est muée en entretien préliminaire afin de discuter avec la patiente de ses attentes par rapport à l'hypnose, et de définir ensemble des objectifs raisonnables.

Toutes les consultations ont eu lieu au cabinet dentaire. Il n'a pas été apporté de modification particulière au cadre et au mobilier du cabinet. L'entretien préliminaire s'est déroulé au bureau assis face à face, et pour les séances d'hypnose, la patiente était installée au fauteuil dentaire dans une position allongée.

Je préciserai que j'ai débranché le téléphone lors des séances d'hypnose, surtout pour une question personnelle de concentration.

III. Résultats et données cliniques.

1. Entretien préliminaire.

Cet entretien n'était bien sur pas ma première rencontre avec la patiente, puisqu'elle a souvent été vue auparavant au cabinet dentaire pour des soins. C'est d'ailleurs à l'issue d'une de ces consultations classiques que l'utilisation de l'hypnose a été abordée. En effet, lors de la conversation qui a suivie le soin, j'ai parlé à Madame G. du D.U. d'hypnose médicale que je préparais. La patiente visiblement très intéressée m'a demandé si l'utilisation de l'hypnose pourrait l'aider à mieux vivre ses douleurs chroniques. Je lui ai donc tout naturellement proposé que nous essayons ensemble, tout en commençant à définir des objectifs que je décrirai plus loin.

Durant ce dialogue qui s'est installé, la patiente m'a apporté les éléments suivants:

- Mme G. a déjà eu recours à l'hypnose en 2005 consécutivement à la perte d'un de ses fils. Les séances d'hypnose ayant été pratiquées par la psycho-thérapeute qui l'accompagnait lors de son travail de deuil. Elle m'a d'ailleurs dit être particulièrement suggestible durant ces séances et en avoir tiré un mieux-être certain.

- En retraçant l'historique de sa pathologie articulaire, elle m'a confié qu'elle pensait que l'origine en était un coup porté au visage une vingtaine d'années auparavant par son ex-conjoint très violent (élément qu'elle n'avait pas mentionné lorsque j'ai commencé à traiter son articulation avec les méthodes techniques alors à ma disposition). Ce qui est apparu comme l'origine de la luxation mandibulaire gauche ainsi que des phénomènes arthritiques qui ont suivis.

Nous voyons donc qu'avec une origine physique évidente, ses douleurs chroniques se sont installées dans un contexte psychologique défavorable, toutefois la patiente ne désire pas de traitements médicamenteux antalgique et anti-inflammatoire, et est opposée à l'utilisation d'anxiolytiques, précisant qu'elle a usé et abusé de toutes ces molécules et qu'elle ne désire pas recommencer.

N'étant pas psychothérapeute, et conscient de l'importance du deuil et des épisodes de violence, je n'ai bien sur pas envisagé de travailler sur ces éléments, et ai rapidement proposé

à Mme G. qu'elle envisage une prise en charge par un psychothérapeute.

Toutefois la patiente, bien que consciente de mes limites mais visiblement en confiance a souhaité que nous faisons un essai ensemble. J'ai donc accepté de tenter de l'aider en fixant avec elle des objectifs raisonnables. A savoir une amélioration de son confort articulaire, et à défaut de les supprimer, qu'elle vive mieux ses douleurs chroniques.

Je lui ai aussi proposé la mise en place de séances d'auto-hypnoses, afin qu'elle puisse seule prolonger le travail d'accompagnement entrepris au cabinet.

Nous nous sommes mis d'accord pour deux séances d'hypnose formelle, qui vont être décrites ci-après.

2. Première séance du 21/6/2014.

Lors de cette séance qui a duré environ un quart d'heure, les objectifs étaient de réifier la douleur de la patiente, ainsi que de mettre en place un lieu de sécurité. L'induction de la transe se fait par la fixation d'un point et par le VAK.

Voici la retranscription de cette séance:

« Je vous propose de vous installer confortablement, le fauteuil dentaire peut s'avérer confortable, dans la position ou vous serez la plus détendue.

Pour commencer je vous propose de porter votre regard sur un point du paysage en face de vous (le pan de mur en face de la patiente représente une plage bordée de palmiers). tout en fixant ce point, vous respirez tranquillement, en laissant bien entrer l'air dans votre corps.....Et vous pouvez continuer à fixer ce point en gardant les yeux ouverts, ou en les fermant, cela n'a pas d'importance. en fixant quelque chose on peut sentir que les paupières s'alourdissent et ces ferment, c'est tout à fait normal... (G. a le regard fixe puis ferme les yeux assez rapidement). Vous voyez toujours le point qui est en face de vous avec votre regard intérieur...

Puis toujours avec ce regard intérieur, vous pouvez regarder en vous même, voir cette impression de détente, profiter de sensations agréables, tout ce que vous avez à faire c'est observer tranquillement. Et dans cette ambiance tranquille, vous pouvez aussi entendre

des sons, comme des chants d'oiseaux venant de l'extérieur, ou des bruits qui vous sont familiers, agréables...

Et vous continuez à respirer calmement en savourant chaque bouffée d'air frais qui entre... Et chaque expiration libératrice, qui libère les tensions... (la transe semble être installée G. respire calmement, les paupières animées de micro-mouvements).

Et ce sont tous vos sens qui sont en éveil, l'air est agréable... il fait un temps idéal pour une promenade. Imaginez un sentier, un petit chemin que vous pourriez emprunter, sans rien d'autre à faire que de se promener. Vous avancez au gré de vos envies, en regardant le paysage, la végétation, en profitant de tout ce qui est beau... et puis, en avançant toujours à votre rythme sur ce chemin, vous allez arriver dans un endroit que vous aimez, un endroit connu de vous seul, où peut-être êtes vous déjà allé, où qui vous fait envie et où vous vous sentez bien... Si vous le désirez faites moi un petit signe lorsque vous serez dans cet endroit... (elle lève légèrement l'index). Dans ce lieu, il ne peut rien vous arriver, c'est votre jardin intérieur, un lieux de calme et de paix... Je vous laisse vous ressourcer ici autant que vous le voudrez... Si vous voulez vous pouvez me le nommer ou le garder pour vous... (silence)... Pensez que cet endroit qui n'appartient qu'à vous, et bien vous pouvez y revenir quand vous voulez, à chaque fois que vous aurez envie de vous ressourcer, à l'abri...

Et dans cet endroit où rien ne peut vous atteindre, je vais vous demander de repenser à la gêne causée par votre articulation, observez la dans ses détails... puis, essayez de la ressentir, d'imaginer cet inconfort, je sais que ça n'est pas forcément agréable, mais ressentez-là comme pour la connaître entièrement... (G. plisse les yeux fortement)...

Voilà comme cela, vous ressentez cette gêne. Regardez la, observez là et vous verrez qu'elle est d'une certaine couleur... observez la bien... pouvez vous me dire de quelle couleur elle est?

Mme G. (en plissant les yeux plus fortement): Rouge.

Très bien, vous voyez cette douleur étant rouge, ce n'est vraiment pas agréable, pour l'atténuer vous devriez essayer de la faire changer de couleur, en quelque sorte refroidir ce rouge désagréable. Quelle couleur pourriez vous maintenant lui associer, pour qu'elle vous permette de la supporter, de l'oublier?... Faites la changer... et quand ce sera fait si vous voulez dites moi de quelle couleur elle est maintenant ou faites moi un signe... (mouvement de l'index)... C'est parfait... Et maintenant que la couleur a changé, profitez de cet instant où tout va mieux, où la l'inconfort s'atténue... vous voyez les choses d'une couleur différente,

d'une manière différente, elles sont plus agréables à regarder... Voyez comme il est facile de changer les choses.

Et maintenant que tout va mieux, je vais vous laisser profiter de ces moments agréables bien à l'abri dans ce lieu qui vous est cher... Au milieu d'un endroit aux couleurs apaisantes...

Très bien, comme vous l'avez vu, dans un endroit où l'on se sent bien, on peut modifier les choses à sa guise, pour créer un environnement agréable. Et vous verrez que quand vous aurez besoin de calme, vous n'aurez qu'à vous replonger dans ce lieu protégé, juste l'imaginer pour s'y retrouver. Entourée d'une lumière calme, de couleurs apaisantes, vous pourrez vous ressourcer quand vous voudrez...

Je vais maintenant vous proposer d'emprunter à nouveau le petit chemin pour revenir vers moi, tranquillement, en percevant à nouveau ce qui nous entoure, les sons, les mouvements autour de nous, de ressentir le fauteuil sur lequel vous êtes installée, de ressentir l'air ambiant, et, quand vous le voudrez, d'ouvrir les yeux.

Mme G. ouvre les yeux au bout d'une vingtaine de secondes et me dit directement: « *c'est déjà fini, c'était trop court* ». Un peu désarçonné par ce commentaire, je lui répond que c'est normal pour une première séance et lui demande si elle a envie que nous programmions une nouvelle rencontre.

Dans l'objectif de mettre en place les séances d'auto-hypnose, je lui demande chez elle, si elle en a l'envie et le temps, dans un moment de calme ou si elle est amenée à ressentir ses douleurs, de penser au lieu de sécurité de la séance et d'y laisser partir ses pensées, et de repenser au changement de couleur qui s'opère pour passer du rouge à un halo de la lumière qui apaise.

3. Deuxième séance du 12/7/14.

Durant cet entretien, mon objectif est d'aider la patiente à se libérer des gênes de son articulation, en lui suggérant une idée de souplesse par des métaphores.

Préalablement, je demande à Mme G. comment s'est passée la période entre les deux consultations. Elle me dit être de plus en plus à l'aise lors de la mastication; ce que j'attribue à un effet positif de la gouttière occlusale portée désormais depuis deux mois. Les douleurs matinales sont plus faibles, cependant elle éprouve toujours en fin de journée des douleurs

temporales et cervicales décrites comme intense. Elle m'indique toutefois avoir essayé de se détendre comme je lui ai indiqué précédemment, et que de se retrouver dans son lieu privilégié l'a aidé à s'endormir.

L'entretien qui suit dure une vingtaine de minutes, l'induction hypnotique se fait par catalepsie du bras, je décide aussi de prendre le temps d'insister sur le lieu de sécurité.

« -Installez vous confortablement, vous ressentez bien le contact du fauteuil, voilà détendue...

Je prends le poignet de la patiente et le maintient en l'air, en demandant qu'elle garde le coude collé au corps, et le lâche lorsque la position semble conservée.

Voilà la main s'installe dans une bonne position de travail... Je vais vous demander de vous intéresser à cette main-là. Observez la attentivement... La couleur de sa peau... Les nuances, le dessin des veines sous la peau... Les zones plus ou moins claires... Les reliefs, les creux, les bosses... des collines des vallées... comme un paysage...

Quand vous serez prête, vous pourrez fermer les yeux. (les yeux se ferment)

Voilà très bien... Et vous continuez à vous intéresser à cette main... Avec votre regard intérieur...

Et vous observez ainsi, la position de cette main dans l'espace, la position exacte de chacun des doigts, de chacune des articulations de cette main...

En même temps vous pouvez percevoir des sensations dans cette main, des sensations peut-être de chaleur ou de fraîcheur, de légèreté ou de lourdeur, ou d'autres sensations comme des fourmillements, ou de petits mouvements involontaires, comme des mouvements automatiques, c'est normal...

Maintenant quand vous serez prête, vous allez laisser le plus lentement possible millimètre par millimètre, demi-millimètre par demi-millimètre, laisser la main descendre, elle va mettre un certain temps à descendre par petites secousses très douces, par petits crans comme une crémaillère.... le mouvement s'amorce...

Au début vous aurez peut être l'impression que c'est volontairement, consciemment que votre main descend, puis vous allez vous rendre compte que ces mouvements de crémaillère se font tout seuls sans apport d'énergie de votre part... La main continue à descendre jusqu'à se poser ...

Voilà c'est parfait, vous respirez tranquillement et tout votre corps en profite pour

trouver le confort dont il a besoin pour faire un beau voyage...

C'est ainsi que votre esprit, cette partie de vous même va pouvoir voyager dans l'espace, dans le temps, dans votre univers intérieur...

Vous n'avez pas besoin de faire attention à ce que je dis à votre inconscient et à ce qu'il répond, parce que vous, vous êtes juste en train de voyager ailleurs..Les yeux fermés, laissez vous transporter là ou ce sera le plus sur pour vous, le plus confortable et prenez plaisir à être là, respirez tranquillement, à votre rythme, par le nez ou par la bouche, laissez votre corps respirer de lui même...

Toujours avec ce regard intérieur observez bien où vous êtes ce qui vous entoure, ce lieu serein où vous vous sentez bien, où vous aimez vous réfugier... Je ne connais pas ce lieu il vous appartient, je ne sais pas s'il fait jour ou nuit, quelle est la lumière qui l'entoure, ce que je sais c'est que c'est apaisant. Vous voyez tout ce qui vous entoure... des objets familiers, un paysage, ou même la scène du théâtre qui vous est chère .Observez comme votre imagination arrange cet endroit tout spécialement pour vous. tout tourne autour de votre bien-être. Peut-être voyez vous des objets qui vous sont précieux, qui vous rassurent...

Ecoutez aussi les bruits qui vous entourent, peut-être votre musique préférée, le bruit de l'eau ou le chant des oiseaux, et même le silence qui peut être tellement reposant...

Sentez la sensation de l'air sur votre peau, il fait bon dans cet endroit, la température est idéale, c'est la température parfaite pour vous. Dans cette ambiance votre corps s'installe confortablement...

Dans la réalité du monde extérieur, on a toujours besoin d'être vigilant, ici personne ne sait où vous êtes, vous pouvez vous laisser aller... vous poser... vous reposer...

Voilà vous êtes bien dans ce lieu qui vous est cher qui n'appartient qu'à vous, c'est votre jardin secret...

Ici sentez comment s'installent en vous les sensations de détente, qui vont en grandissant au fur et à mesure que vous prenez du plaisir à être là. Vous sentirez peut-être certaines zones de votre corps pour la première fois, ou de façon différente.

Prenez tout le temps qui vous est nécessaire pour prendre plaisir à être là.. à ressentir ces bonnes choses en vous... »

A ce moment le téléphone de la patiente se met à sonner, sortie de transe, elle se redresse sur le fauteuil gênée, la sonnerie est un thème classique plutôt doux, je rebondis:

« - Laissez c'est plutôt sympathique ce petit intermède musical, j'aime beaucoup ce

thème, finissons de l'écoutez pendant que vous vous réinstallez confortablement dans le fauteuil, respirez au rythme lent de la musique.

La sonnerie s'arrete.

- Voilà fermez les yeux, et peut-être pouvez vous continuer à entendre cette musique à l'intérieur de vous, ou l'éteignez vous pour profiter à nouveau de votre refuge, décidez de ce qui est bien pour vous.

Prenez tout le temps qu'il vous faut, pour ressentir cet atmosphère, pour prendre plaisir à vous détendre, à trouver l'intimité dont vous avez besoin, pour prendre plaisir à savoir que vous avez le pouvoir de vous transporter dans cet endroit où vous êtes bien, quand vous le voulez.

Ici même le temps s'écoule à un rythme qui vous convient, le temps peut se dilater ou se contracter... Et chaque seconde s'écoule comme une minute, chaque minute comme une heure, chaque heure comme une journée...

Alors vous pouvez vivre dans cet endroit quelques instants, et avoir la sensation de vous être reposée très longtemps. Laissez votre imagination, votre inconscient procéder aux ajustements nécessaires pour se sentir totalement en sécurité dans votre lieu d'intimité. Vous devez savoir que cet endroit existe toujours en vous, ce lieu d'intimité vous pourrez y revenir chaque fois que vous en éprouverez le besoin. Vous pouvez même lui donner un nom, un nom que vous seule connaissez, il vous suffira de vous remémorer ce nom, pour reproduire cette expérience, de plus en plus facilement, où que vous soyez, à chaque fois que vous en aurez le besoin, il vous suffira d'évoquer ce nom, pour retrouver cet état intérieur.

Vous êtes toujours dans cet espace intérieur si confortable, et tout en déambulant, ou installée immobile, vous pouvez promenez votre regard sur ce qui vous entoure... Et je vais maintenant vous demander d'imaginer dans ce lieu une porte, vous voyez une porte de la forme et de la couleur qu'il vous plaira. Cette porte comme toutes les portes s'ouvre et se ferme, comme pourrait le faire votre mâchoire, elle s'ouvre et se ferme...

Imaginez votre articulation fonctionnant comme cette porte, ouvrez la, fermez la.

(Mme G. fait de petits mouvements de mâchoire, sans desserrer les lèvres)

Et, vous le savez, parfois une porte peut avoir quelques difficultés à s'ouvrir, avec des grincements, ou une résistance à s'ouvrir complètement, exactement comme une mâchoire coincée. Et si les gonds sont grippés, la porte peut être très difficile à actionner.

Et pourtant, à l'endroit où vous vous trouvez maintenant, vous pouvez faire que la

porte ne bloque plus et s'ouvre facilement sans grincer. Imaginez un flacon d'huile dont vous déposez quelques gouttes sur les gonds, et tout devient facile à actionner, un peu de lubrifiant pour que les mouvements d'ouverture fermeture soient souples et sans à coup, pour que la charnière ne bloque plus.

Je vous laisse apprécier cette souplesse, vous pouvez essayer de l'actionner, voyez comme elle ne bloque plus, ouvrez la fermez la, tout se déroule sans accrocs.

Et comme à chaque fois, votre inconscient sait ce qui est bon pour vous, et à chaque fois que vous en ressentirez le besoin, il vous suffira de prendre ce flacon d'huile et d'en déposer quelques gouttes sur les charnières, pour pouvoir actionner la porte en souplesse, sans grincement.

Et à chaque fois que vous irez vous ressourcer dans votre lieu à vous, dans votre espace intérieur, vous pourrez ressentir cette charnière qui coulisse aisément, sans tensions. Il vous suffira de cheminer vers ce lieu sur, et à chaque fois vous en ressortirez de plus en plus soulagée.

Profitez encore de votre espace...

Puis si vous voulez, je vous propose de revenir tranquillement vers moi, en profitant de la lumière agréable, des odeurs... Revenez tranquillement vers moi, petit à petit, progressivement.

Voilà, et dans une grande inspiration, vous pouvez ouvrir les yeux...

Parfait, merci beaucoup.

Mme G.: On a pas envie de revenir

A l'issue de cette séance, Je propose à la patiente de mettre en place un exercice d'auto-hypnose qu'elle pourra faire chez elle. Elle me dit partir en voyage pour ses activités théâtrales pour les vacances. Je lui propose de revenir au mois de septembre pour un contrôle de son articulation.

4. Mise en place de l'autohypnose.

Les exercices d'autohypnose vont consister à permettre à la patiente d'induire une transe hypnotique personnelle. Pour leur construction je me réfère à l'aide mémoire

d'hypnoanalgésie et d'hypnosédation de I. Celestin-Lhopiteau et A. Bioy(16). Je propose à la patiente de prendre le temps de s'installer au calme chez elle, notamment les soirs où les douleurs apparaissent, ou si elle se sent plus anxieuse, mais aussi à chaque fois qu'elle aura l'envie d'un instant de détente privilégié.

Nous convenons ensemble d'une trame: Mme G. refait le trajet vers son lieu de sécurité au rythme de sa respiration, et une fois sa transe personnelle ressentie, elle se répète plusieurs fois la phrase que nous avons construite: « *A chaque voyage, mon corps ressent un peu plus la souplesse* ».

Je reporte le déroulement de l'exercice sur une ordonnance qui est donnée à la patiente.

5. Résultats et ressenti de la patiente.

Comme je l'ai indiqué, précédemment, à l'issue de la première séance, la fonction masticatoire est plus facile, et si les douleurs sont plus faibles le matin, il reste des douleurs cervicales décrites comme intenses le soir. Toutefois, les exercices de détentes indiqués lui ont faits ressentir un meilleur état de détente, et un endormissement plus facile.

Lorsque je revois Mme G. en Septembre à son retour de vacances, elle me fait part de son ressenti et de son état physique:

- Elle porte toujours la gouttière d'occlusion la nuit.
- La mastication est indolore.
- Elle ne ressent plus de douleurs musculaires ou articulaires matinales.
- Le soir quelques douleurs temporales demeurent, mais sont décrites comme beaucoup moins intenses et gênantes.
- Il existe toujours des douleurs cervicales en fin de journée, toutefois plus espacées dans le temps, et apparaissant surtout les jours où elle se sent plus fatiguée nerveusement ou physiquement.

Mme G. me dit avoir pratiqué les exercices d'autohypnose régulièrement, et systématiquement lors de poussées douloureuse cervicales et rapporte s'être « sentie mieux »..

J'ajouterais que je la trouve plus détendue lorsqu'elle m'expose ces éléments, par rapport aux rencontres précédentes.

A l'examen clinique, l'ouverture-fermeture buccale est normale et non douloureuse, il existe toujours un bruit articulaire gauche, et les usures dentaires semblent être stabilisées comme l'indiquent des repères préalablement notés sur des obturations dentaires. La palpation temporale déclenche une douleur d'intensité faible.

Nous voyons donc qu'une amélioration est constatée autant par la patiente que par le praticien, on notera de plus que la stabilisation du bruxisme signe une amélioration de l'état de stress qui s'exprimait la nuit.

A ce stade, j'ai l'impression d'être arrivé à mes limites, étant donné ma pratique débutante de l'hypnose, mais je pense avoir mis en route quelque chose de positif, ainsi je suggère à Mme G. qu'une prise en charge par un psychothérapeute pourrait lui être bénéfique, de même que la reprise de soins d'ostéopathie.

Elle m'indique ne pas écarter ces options, mais se sentant confortée par ses expériences d'auto-hypnose, elle souhaite plutôt s'orienter vers la relaxation.

IV. Discussion théorico-clinique.

1. Rappel de la problématique.

En tant que chirurgien dentiste, je suis fréquemment sollicité par des patients souffrant de douleurs chroniques de la sphère oro-faciale souvent gênantes et renforçant un état d'anxiété, lui même facteur causal. L'origine multi-factorielle de ces douleurs rend souvent inefficaces les thérapies physiques classiques.

Je me suis donc demandé si l'utilisation de l'hypnose pourrait avoir un effet apaisant sur les douleurs chroniques liées à un dysfonctionnement de l'articulation temporo mandibulaire et sur le stress qui lui est associé.

2. Confrontation des observations à la problématique.

L'ajout de l'hypnose dans la prise en charge de Mme G. a été un complément aux thérapies physiques (gouttière occlusale, réhabilitation dentaire).

Il faut avoir à l'esprit que la patiente présente des lésions irréversibles qui sont une atteinte dégénérative du condyle gauche et une luxation ménisque temporo-mandibulaire pour lesquelles il n'existe pas de traitement chirurgical efficace. Je rappelle aussi que Mme G. refuse les traitements médicamenteux.

Toutefois je pense que l'efficacité de la gouttière occlusale a permis d'initier un changement dans un sens positif, les premiers changements perceptibles par la patiente, elle a pu voir que les choses n'étaient pas figées. Et je dois dire que l'amélioration du tableau clinique, au delà de mes attentes, grâce à cette gouttière, a été un excellent tremplin pour l'hypnose.

2.1. Rapport de la patiente à l'hypnose.

L'adhésion de la patiente était totale, et elle se décrivait comme suggestible si elle se réfère à une précédente expérience hypnotique lors d'un travail de deuil. Nous n'avons pas parlé du déroulement de ces séances. A cette occasion, elle n'avait pas entendu parler de

l'auto-hypnose, pour laquelle elle semblait avoir pris un grand intérêt

Les deux trances induites en séances m'ont semblé avérées si je me base sur l'attitude de la patiente: sentiment de détente, micromouvements des yeux, mouvements mandibulaires lorsque ceux ci sont suggérés.

Malgré l'épisode du téléphone, à mon grand soulagement, la transe hypnotique a pu être rapidement reprise.

D'ailleurs puisque la patiente était vue en dehors d'épisodes douloureux, la question de l'entretien des effets de la transe se pose moins par rapport à la gestion d'une douleur aiguë, où l'on peut être confronté à plus de résistances.

2.2. Auto-critique des séances d'hypnose.

Malgré ma pratique débutante, je me suis senti plus à l'aise lors de l'induction hypnotique, en veillant à garder un ton de voix hypnotique, avec un débit assez lent.

En me référant aux méthodes décrites en douleur chronique (17), rétrospectivement, il me semble que lors de la première séance, je n'ai pas assez insisté sur la réification de la douleur de la patiente, et je pense n'avoir pas osé lui faire ressentir ses douleurs pour qu'elle puisse en apprendre plus sur elles et ainsi mieux les convoquer pour mieux les congédier.

Le choix de la métaphore hypnotique de la porte qui grince m'a paru approprié, en me basant sur l'image de mécanique rouillée citée par la patiente, j'ai utilisé la notion de souplesse et de fluidité pour qu'elle l'éprouve en auto-hypnose, j'aurais cependant pu me servir de cette image pour élaborer une suggestion post-hypnotique. Il aurait été intéressant de créer un ancrage lors de certains mouvements, notamment à la mastication et pendant les mouvements extrême de l'ATM et du cou.

2.3. Effets antalgiques.

Je n'ai pas pu constater directement ces effets puisque lors des séances, la patiente n'était pas en crise douloureuse, c'est donc uniquement par son ressenti et ce qu'elle m'en a dit lors de nos rencontres que j'ai pu appréhender ces effets.

Compte tenu de ce que rapporte la patiente on note une nette diminution des douleurs

chroniques, et aussi leur espacement dans le temps. Mme G. les considérant comme nettement moins gênantes, et beaucoup mieux tolérées notamment avec la pratique des exercices d'autohypnose.

Mme G est aussi très satisfaite d'avoir retrouvé une mastication quasi asymptotique, ce qui n'a pu qu'améliorer le contexte général.

2.4. Effets sur l'anxiété.

Les premiers résultats que la patiente ai pu constater elle-même consistent en une amélioration de l'endormissement, les soirs de crise douloureuse, à l'aide des exercices d'autohypnose. La mauvaise qualité du sommeil possède un lien avec la douleur et l'anxiété, je perçois que son amélioration va libérer la patiente d'un ancrage négatif.

Je note aussi une modification de la forme du discours de Mme G. d'une rencontre à l'autre, elle apparaît plus détendue et satisfaite de sentir qu'elle peut modifier les choses dans le bon sens.

Les effets positifs sur le stress sont aussi attestés par la diminution notable des grincements et des usures dentaires.

Evidemment, lorsque je revois la patiente en septembre, nous sommes dans un contexte très favorable, puisqu'elle revient visiblement très reposée et épanouie par son voyage lié au théâtre, qui participe sans aucun doute à l'amélioration de l'état psychique de la patiente.

3. Intérêt de l'hypnose dans une prise en charge globale d'une patiente douloureuse chronique.

La douleur n'est pas qu'une expérience isolée, un percept. Elle mobilise en fait le sujet dans son entièreté: physique, cognitif, affectif et comportemental. En cela elle constitue une expérience à part entière. Comme toute expérience, elle peut avoir une valence positive ou négative, selon le sens et le devenir qui lui seras donné.

Dans le cas de Mme G. l'hypnose est intervenue après un traitement par thérapie physique. l'efficacité au delà de mes attentes de praticien sur les blocages articulaires à été pour moi un point de départ, dans la mobilisation des ressources de la patiente pour aller de l'avant, et à permis d'envisager l'hypnose comme un complément du traitement.

Et si l'hypnose peut améliorer l'efficacité des traitements médicaux, ou prothétiques ou de rééducation, la réciproque est aussi vraie, un traitement physique efficient va permettre une potentialisation de l'hypnose, avec aussi un impact sur le niveau d'anxiété.

Enfin, la réflexion concernant l'utilisation de l'hypnose dans un contexte de douleurs chroniques se base sur des études aux méthodologies parfois fragiles (15). En effet la grande variété étiologique et symptomatique des douleurs chroniques rend les groupes de patients souvent hétérogènes et l'auto-évaluation de l'efficacité laisse une part importante à la subjectivité.

4. Discussion éthique.

Y a t'il des problèmes d'éthique soulevés par l'utilisation de l'hypnose dans le cadre de ma pratique?

L'hypnose est une relation d'influence, une manipulation du patient à bon escient. Elle est temporaire et a un objectif précis. Ici la prise en charge de la douleur. C'est un cadre bien délimité dans un contexte bien défini visant un mieux-être du patient, et s'établissant dans une relation de confiance. Elle me semble donc répondre aux critères éthiques d'une pratique de soin. De plus, l'hypnose est une pratique validée dans le champs de la douleur, à ce titre je peux légitimement la proposer aux patients.

Dans mon exercice quotidien, il n'est pas possible de proposer des séances d'hypnose formelle à tous les patients, il me revient d'édicter mes critères de choix. Ils sont objectifs : ce sont des critères d'inclusion (patients susceptibles d'en bénéficier), d'exclusion, mais aussi subjectifs : à la première rencontre avec le patient le contact peut être difficile, et l'envie de proposer l'hypnose peut s'y heurter.

Est-il alors éthique de ne proposer l'hypnose qu'aux patients avec qui le courant passe ? Dans un premier temps je pense que oui. Par la nécessité d'un cadre restreint pour se former et s'exercer.

J'ajouterai qu'il est primordial que chaque praticien s'impose comme règle, de ne prendre en charge par hypnose que les symptômes qu'il pourrait soigner par les méthodes qui

relèvent de son domaine de compétence habituel. Par exemple, un dentiste ne doit pas s'improviser psychothérapeute, et un psychologue ne fera pas d'hypnosédation.

5. Apport de cette étude et plus généralement de l'hypnose dans ma pratique.

Cette étude portant sur un cas clinique unique, est pour moi plus un témoignage d'une expérience thérapeutique, que la démonstration de l'efficacité d'une technique de soin en particulier. Elle m'a permis d'avoir un champs d'observation plus large sur la douleur.

Dans un contexte de pratique débutante, j'ai voulu m'intéresser à la prise en charge de la douleur chronique, et si il existe de nombreuses références bibliographiques sur l'utilisation et l'efficacité de l'hypnose sur de telles douleurs, il existe très peu de travaux concernant l'hypnose et les dysfonctionnements de l'ATM.

Cependant cette expérience personnelle, m'a fait voir que chez un patient motivé, en percevant et en s'appuyant sur chaque changement perceptible, on peut remettre les choses en mouvement.

L'autohypnose est aussi une aide précieuse pour que le patient prenne conscience de ses propres capacités à aller vers une amélioration du confort de vie.

L'hypnose, en plus d'être un outil intéressant dans la prise en charge de la douleur et de l'anxiété, est aussi un outil de communication et une manière d'être. Cette formation m'a permis de m'interroger sur ma position de soignant, de quelle place je donnais à l'autre. Etais-je vraiment à l'écoute de l'autre ? Quel accompagnement, quel soutien est-ce que je proposais ?

Etre formé à la communication en tant que soignant me paraît indispensable. Prendre conscience de l'effet du choix des mots sur les patients a été pour moi important. Changer sa façon de faire est un exercice de tous les instants : avec les patients, avec les collègues, avec les proches. Prendre conscience de ses propres émotions, de sa position corporelle, et de l'influence que cela peut avoir sur l'autre.

CONCLUSION

L'intégration de l'hypnose dans ma pratique s'est faite progressivement, d'abord par une utilisation conversationnelle avec de très jeunes patients pour améliorer le vécu des séances de soins, puis avec des patients adultes ayant une forte appréhension des soins dentaires avec des résultats très variables.

Dans ce mémoire j'ai souhaité décrire ma première prise en charge thérapeutique intégrant l'hypnose chez une patiente douloureuse chronique. Ce travail est plus à considérer comme le récit d'une expérience personnelle que comme une étude clinique formelle.

Le résultat de cette observation est que j'ai pu constater un effet bénéfique sur les algies ainsi qu'un niveau d'anxiété plus réduit, notamment à travers la mise en place d'une pratique de l'auto-hypnose.

Cependant je n'ai pu qu'effleurer les causes du tableau clinique. En effet n'ayant aucune compétence professionnelle en psychothérapie, j'ai délibérément mis de côté des traumatismes psychologiques anciens lors de l'abord thérapeutique de ma patiente.

Etant principalement formé à des actes techniques, cette incursion dans un territoire qui ne m'est pas familier a toutefois renforcé chez moi le sentiment que seule une prise en charge multidisciplinaire peut être efficace dans le cas de douleurs chroniques. Dans ce type de douleurs, il ne faut pas sous-évaluer les traumatismes psychiques, et ne pas hésiter à orienter les patients vers un psychothérapeute.

L'hypnose est un outil formidable pour une prise en charge globale. Je souhaite l'utiliser de plus en plus pour m'aider à affronter des situations délicates immédiates ou en se projetant à plus long terme. Si l'on ajoute à cela une optimisation des rapports humains, l'envie d'avancer dans cette discipline, de m'entraîner à la pratiquer, de continuer à me former ne pourra qu'aller en augmentant.

BIBLIOGRAPHIE.

1. **KAMINA P.** *Précis d'anatomie clinique, Tome II*, Paris: MALOINE, 2004. P. 88-90.
2. **ROBIN O.** *Algies et dysfonctionnements de l'appareil manducateur*. EDP sciences, 2023 p. 40.
3. **GOUCHET A.** *DU Hypnose médicale et clinique*. Saint Denis, La Réunion. Janvier 2014.
4. **BIOY A., WOOD C., CELESTIN-LHOPITHEAU I.** *L'aide mémoire d'hypnose en 50 notions*. Paris: DUNOD, 2010. p 7.
5. **BENHAIEM J-M.** Les applications de l'hypnose dans la douleur aigue induite par les soins. *Centre National de Ressources de lutte contre la douleur*. 2003. En ligne: <http://www.cnrdr.fr/prise-en-charge-non.html>.
6. **BENHAIEM J-M.** Le choix de l'hypnose pour soulager la douleur. *La douleur, des recommandations à la pratique*. Mars 2009, 7, p. 1-5.
7. **BIOY A., WOOD C et CELESTIN-LHOPITEAU I.** *L'Aide-mémoire d'Hypnose en 50 notions*. Paris: DUNOD, 2010, p. 37-38.
8. **CELESTIN-LHOPITEAU I., BIOY A.** *Hypnoanalgésie et hypnosédation en 43 notions*. Paris: DUNOD, 2014, p. 30-31.
9. **BIOY A., WOOD C., CELESTIN-LHOPITEAU I.** *L'Aide-mémoire d'Hypnose en 50 notions*. Paris: DUNOD, 2010, p. 152.
10. **FAYMONVILLE M-E., et al.** Des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. *Conférence d'actualisation. Société Française d'Anesthésie Réanimation*. Elsevier, 2005, p. 59-69.

11. **BROSSEAU G.** 17 techniques pour contrôler la douleur. in MICHAUX D., *Douleur et hypnose*. Paris: IMAGO, 2004, p. 141-144.

12. **BIOY A., CELESTIN-LHOPITEAU I.** *Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions*. Paris: DUNOD, 2014, p 218.

13. **CELESTIN-LHOPITEAU I.,** DU Hypnose médicale et clinique. Saint Denis, La Réunion. Mars 2014.

14. **BIOY A., WOOD C., CELESTIN-LHOPITEAU I.** *L'Aide-mémoire d'Hypnose en 50 notions*. Paris: DUNOD, 2010, p. 58.

15. **ZELINKA V., FAYMONVILLE M-E., PITCHOT W., ANSSEAU M.** L'hypnose dans la prise en charge de la douleur chronique. *Acta psychiatrica Belgica*. N° 109/3, 2009, p. 21-28.

16. **BIOY A., CELESTIN-LHOPITEAU I.** *Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions*. Paris: DUNOD, 2014, p 179-180.

17. **BIOY A., WOOD C., CELESTIN-LHOPITEAU I.** *L'Aide-mémoire d'Hypnose en 50 notions*. Paris: DUNOD, 2010, p. 155-159.

APPORT DE L'HYPNOSE DANS LA PRISE EN CHARGE DU SYNDROME ALGO-DYSFUNCTIONNEL DE L'APPAREIL MANDUCATEUR: UN CAS CLINIQUE.

Résumé:

L'hypnose médicale a prouvé son efficacité dans la prise en charge de la douleur. Elle entraîne un effet antalgique et permet de diminuer l'anxiété qui lui est associé. Cette étude de cas, décrit l'intégration de l'hypnose dans la prise en charge globale d'une patiente souffrant de douleurs chroniques liées à un syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil manducateur.

Mots clés:

Hypnose, douleurs chroniques, algies dysfonctionnelles de l'appareil manducateur.

