



HAL
open science

Hypnose conversationnelle : intérêt dans la communication et la relation de soin

Anis Brougui

► **To cite this version:**

Anis Brougui. Hypnose conversationnelle : intérêt dans la communication et la relation de soin. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. hal-04517123

HAL Id: hal-04517123

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04517123>

Submitted on 22 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. 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.

Contact bibliothèque : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

FACULTÉ D'ODONTOLOGIE DE LORRAINE

Année [2023] N° [12893C]

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 7 Avril 2023

par

Anis BROUGUI

Né le 12 /02/1997 à HAYANGE (57)

**Hypnose conversationnelle : intérêt dans la
communication et la relation de soin**

Composition du jury :

Président : Pr Catherine BISSON

Membres : Dr Céline CLEMENT

Dr Stéphanie JAGER

Directeur de thèse : Dr Caroline GERBER

Dr Alexandre BAUDET

FACULTÉ D'ODONTOLOGIE DE LORRAINE

Année [2023] N° [12893C]

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 7 Avril 2023

par

Anis BROUGUI

Né le 12 /02/1997 à HAYANGE (57)

**Hypnose conversationnelle : intérêt dans la
communication et la relation de soin**

Composition du jury :

Président : Pr Catherine BISSON

Membres : Dr Céline CLEMENT
Dr Stéphanie JAGER

Directeur de thèse : Dr Caroline GERBER
Dr Alexandre BAUDET

Par délibération en date du 11 décembre 1972, la Faculté de Chirurgie Dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

Présidente : Docteur Héléne BOULANGER

Doyen : Docteur Kazutoyo YASUKAWA

Vice-Doyens : Dr Charlène KICHENBRAND – Dr Rémy BALTHAZARD – Dr Marin VINCENT

Membres Honoraires : Dr L. BABEL – Pr. S. DURIVAUX – Pr A. FONTAINE – Pr G. JACQUART – Pr D. ROZENCWEIG - Pr ARTIS

Doyens Honoraires : Pr J. VADOT, Pr J.P. LOUIS

Département odontologie pédiatrique Sous-section 56-01	Mme <u>JAGER Stéphanie</u>	Maître de conférences *
	M. PREVOST Jacques	Maître de conférences
	Mme HERNANDEZ Magali	Maître de conférences *
	M. HAINOT Raphaël	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	Mme HILT Léa	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	Mme HOMBOURGER Morgane	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	M. MASSON Maximilien	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
Département orthopédie dento- faciale Sous-section 56-01	M. <u>VANDE VANNET Bart</u>	Professeur des universités *
	Mme DAMERDJI-BENHABIB Zaheira	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux ass. *
	M. FAWAZ Paul	Chef de clinique des universités associé *
Département prévention, épidémiologie, économie de la santé, odontologie légale Sous-section 56-02	Mme <u>CLÉMENT Céline</u>	Maître de conférences *
	M. BAUDET Alexandre	Maître de conférences *
	Mme CAIONE Mariette	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	M. VEYNACHTER Thomas	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux*
Département parodontologie Sous-section 57-01	Mme <u>BISSON Catherine</u>	Professeur des universités *
	M. JOSEPH David	Maître de conférences *
	Mme BERBE Ludivine	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux*
	Mme VITALI Marine	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
Département chirurgie orale Sous-section 57-01	Mme <u>GUILLET-THIBAUT Julie</u>	Maître de conférences *
	M. BRAVETTI Pierre	Maître de conférences
	Mme KICHENBRAND Charlène	Maître de conférences *
	Mme PHULPIN Bérengère	Maître de conférences *
	M. CLERC Sébastien	Praticien hospitalier universitaire *
	Mme BECKER Alice	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	Mme PEREIRA Laure	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
Département biologie orale Sous-section 57-01	Mme <u>EGLOFF-JURAS Claire</u>	Maître de conférences *
	M. MARTRETTE Jean-Marc	Professeur des universités *
	M. YASUKAWA Kazutoyo	Maître de conférences *
Département dentisterie restauratrice, endodontie Sous-section 58-01	M. <u>MORTIER Éric</u>	Professeur des universités *
	M. ENGELS-DEUTSCH Marc	Professeur des universités *
	M. AMORY Christophe	Maître de conférences
	M. BALTHAZARD Rémy	Maître de conférences *
	M. VINCENT Marin	Maître de conférences*
	M. GIESS Renaud	Maître de conférences associé*
	M. DAL MAGRO Claire	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	Mme DAVRIL Jeanne	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux*
	M. LESIEUR François	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	M. <u>DE MARCH Pascal</u>	Maître de conférences
Département prothèses Sous-section 58-01	Mme CORNE Pascale	Maître de conférences *
	M. SCHOUVER Jacques	Maître de conférences
	Mme VAILLANT Anne-Sophie	Maître de conférences *
	M. HIRTZ Pierre	Enseignant universitaire
	Mme GERBER Caroline	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux*
	M. JONVEAUX Maxime	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	Mme MOUGEL Armande	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	M. PERRIN Tom	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	M. SYDA Paul-Marie	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	Mme WILK Sabine	Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux
	Mme <u>STRAZIELLE Catherine</u>	Professeur des universités *
Département fonction-dysfonction, imagerie, biomatériaux Sous-section 58-01	Mme MOBY (STUTZMANN) Vanessa	Maître de conférences *
	M. SALOMON Jean-Pierre	Maître de conférences

Souligné : responsable de département

* temps plein

Mis à jour le 07 novembre 2022

Aux membres du jury...

A notre président de thèse,

Madame le professeur Catherine BISSON,

Docteur en chirurgie dentaire

Docteur de l'Université Henri Poincaré Nancy I

Habilitée à diriger des recherches

Professeur des universités – praticien hospitalier

Responsable du département de parodontologie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de notre thèse.

Vous nous avez fait partager votre passion de la parodontologie avec toute la patience et la pédagogie que nous vous connaissons.

Veillez trouver ici l'expression de notre plus profond respect pour votre enseignement et la qualité de votre encadrement.

Nous vous prions de croire à notre sincère reconnaissance.

A notre juge et directeur,

Monsieur le Docteur Alexandre Baudet,

Docteur en chirurgie dentaire

Maitre de conférences associé des universités - praticien attaché

Nous apprécions l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger notre travail.

Nous vous remercions pour votre gentillesse et votre disponibilité durant toute l'élaboration de cet ouvrage.

Nous voulons ici vous exprimer toute notre gratitude.

A notre juge et directeur,

Madame le Docteur Caroline GERBER,

Docteur en chirurgie dentaire

Assistante hospitalo-universitaire

Nous apprécions l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de diriger notre travail.

Nous vous remercions pour votre implication et votre dévouement durant toute l'élaboration de cet ouvrage.

Nous voulons ici vous exprimer toute notre gratitude.

A notre juge,

Madame le Docteur Céline CLEMENT,

Docteur en chirurgie dentaire

Docteur de l'université de Lorraine, mention sciences de la vie et de la santé

Maître de conférences – praticien hospitalier

Responsable du département prévention, épidémiologie, économie de la santé,
odontologie légale

Ancien vice-doyen de la faculté d'odontologie de Lorraine

Spécialiste qualifiée en médecine bucco-dentaire

Expert près de la cour d'appel de Nancy

Chevalier dans l'Ordre national du Mérite

Nous sommes très sensibles à votre présence au sein
de ce jury.

Nous garderons en mémoire votre disponibilité et votre
sympathie tout au long de ces années d'études.

A travers ce travail, veuillez trouver l'expression de
notre gratitude.

A notre juge,

Madame le Docteur Stéphanie JAGER,

Docteur en chirurgie dentaire

Docteur de l'université de Lorraine, en sciences des matériaux

Maître de conférences – praticien hospitalier

Responsable du département d'odontologie pédiatrique

Nous vous remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury de thèse.

Nous vous sommes reconnaissants pour l'intérêt que vous avez porté à notre sujet.

Veillez trouver ici l'expression de nos remerciements les plus sincères.

A ma famille et mes amis...

A Papa et Maman :

Franchement, si je devais énumérer toutes les raisons pour lesquelles je dois vous remercier, une thèse comme celle-ci ne suffirait pas. J'espère que vous êtes fier de moi et que vous êtes soulagé de ce que le petit garçon bègue, pas forcément le plus habile de ses deux mains a accompli. Il y a des gens qui font ce qu'ils peuvent avec ce qu'ils ont, vous, vous avez fait bien plus que ce que vous pouviez par rapport à ce que vous aviez. Pour l'éducation que vous m'avez donnée, les principes et les règles que vous m'avez inculquées, les sacrifices en temps et confort que vous avez fait et pour tout l'amour que vous m'avez donné, merci.

A Imran :

Plus qu'un frère, plus qu'un ami, je peux affirmer que tu es surtout le meilleur colocataire que je n'ai jamais eu. Depuis notre chambre rue de Riom, jusqu'à notre appartement à Nancy, on a passé près de 20 ans à vivre ensemble, côte à côte, à se battre, à se mordre, à se jeter des encyclopédies, à faire tomber des meubles, à passer des nuits à rire sans pouvoir s'arrêter. Même avec les années, tu as toujours pris sur toi pour surmonter mon sale caractère (en tous cas autant que ta patience pouvait le supporter). Bon ça ne changera pas le fait, que le matin faut que tu « Ferme ta gueule Imran ». Sache en tout cas que je suis fier de mon petit frère et j'espère que jamais rien ne se mettra entre nous.

A Lyna :

Alors comme ça, tu pensais sincèrement que je n'allais pas te citer dans mes remerciements ? Soyons sérieux trente secondes. Comme le dit souvent Papa, avec Imran, on a qu'une seule sœur. Il y a toi et personne d'autre. Je te rappelle que je t'ai essuyé les fesses quand tu étais petite, je t'ai fait arrêter la tétine, je t'ai aidé pour tes devoirs, je t'ai conseillé pendant tes doutes d'orientation. Tu penses que j'aurais investis tout ce temps si tu ne comptais pas ? Sache que je suis ton grand frère pour maintenant et toujours. Tant que tu auras besoin de moi, je serais là. A l'heure où j'écris ses lignes, tu es en pleine lutte pour me rejoindre dans cette voie royale qu'est l'art de la dentisterie. J'espère de tout cœur pouvoir te compter parmi mes confrères. Si malheureusement tel n'est pas le cas, sache que tu pourras compter sur moi pour t'aider et te guider. Car après tout, c'est à cela que sert un grand frère non ?

A Ishak :

Mon frère du merveilleux cru 1997, un des rares clients fidèles du Anis' barbershop, membre émérite du fameux club « tout pour la blague » créé par Halim lui-même. Tu as une place toute particulière dans ma vie et celle de la famille Brougui, et pour une bonne raison : tu es le seul et unique sixième membre de la famille Brougui. Et tu sais à quel point on est critique et dur sur la sélection.

A Mael :

Est-ce que j'ai besoin réellement de mettre par écrit pourquoi tu étais, es et restera mon frère à jamais. Les mots n'ont jamais eu d'importance dans notre communication, tant une connexion inexplicable a toujours existé entre nous. Depuis cette fameuse rentrée à De La Salle jusque maintenant, rien n'a changé malgré la distance. On se voit peu car tu as décidé de nous fuir précipitamment à l'autre bout de la France (Juliette je t'en veux). Tu es le premier vrai ami que je n'ai jamais eu. Le penchant plus calme mais en même temps plus fou de notre duo. Tu m'as accompagné pendant les années les plus importantes de ma vie et j'espère bien que cela continuera.

A Ninon :

C'est simple, de De La Salle, je n'ai gardé contact qu'avec trois personnes et tu en fais partis. Tu es pour moi comme une sœur et je suis fière de te compter à mes côtés. Tu es l'une des personnes les plus généreuses que je connaisse. Quand j'ai rencontré tes parents, j'ai tout de suite compris d'où te venait cet altruisme et cette gentillesse à toute épreuve. Depuis cette ville de Nancy que j'abhorre tant, j'ai suivi toutes tes aventures aux quatre coins du monde. Tu es la seule personne, en dehors de ma maman, à m'avoir fait un gâteau d'anniversaire. Et quel gâteau en plus ! Après toutes ces années, tu n'as pas changé d'un poil. J'espère que tu resteras solaire à jamais, avec un esprit d'enfant comme sur les photos que Fabienne nous a montré...

A Lucie :

Mme Ducrocq, d'abord la voisine de table puis la voisine du quartier. Vu tout ce qui nous opposaient, qui aurait cru qu'on soit encore ami maintenant ? On a tout de même mis un an à trouver un seul point commun. Comme quoi, le vieil adage « les opposés s'attirent » n'est pas si faux que ça. Mais je pense que « les grands esprits se rencontrent » nous me scierait plus (Oui oui malgré les années mes chevilles n'ont toujours pas désenflé). Si je te compte parmi mes amis après tout ce temps, c'est que

malgré nos différences, j'ai su trouver en toi une amitié sincère. Tu sais me remettre à ma place quand je dépasse (parfois) les bornes, toujours là pour m'ancrer sur Terre quand mes chevilles m'entraînent vers la stratosphère. Même si tu es restée bloquée dans les années 80 et que tout signe de modernité te font fuir, j'espère te retrouver encore longtemps dans mon futur.

A Alla :

Je ne sais par où commencer tant j'aurais de choses à dire. Tu es mon acolyte depuis si longtemps, mon compagnon de fortune et d'infortune, mon conseiller. Tu as si souvent supporté mes excès de confiance, ma mauvaise foi ou mon caractère têtu et borné. Tu dis souvent pour rire (enfin j'espère) que je suis d'une mauvaise influence sur toi, mais sache, quant à toi, que tu as été tout l'inverse. Je ne dénombre plus le nombre d'heures que l'on a passé sur des débats, sûrement inutiles aux yeux du monde, mais si important pour nous. Avec toi j'ai pu refaire le monde, l'analyser, l'ausculter et cela depuis ma chambre. Je sais qu'une conversation avec toi ne sera jamais vaine et que l'on ressortira toujours grandi. Tu fais partie des raisons pour lesquelles je suis venu à Paris et j'attends toujours que l'on explore cette fabuleuse ville comme il se doit. Tu es l'une des rares personnes pour qui je ne m'inquiète pas, tu as toutes les qualités requises pour vivre une vie épanouie et heureuse. Je me souhaite à moi-même que nos chemins ne se sépareront jamais, car si tel était le cas, je perdrais bien plus qu'une belle amitié.

A Moha :

Vu notre rencontre, on aurait dû comprendre tout de suite que notre amitié ne serait pas banale. Qui d'autre est devenu ami avec quelqu'un en regardant Algérie – Allemagne au jama3 pendant le tarawih ? Plus qu'une amitié, on est devenu frère. On a grandi ensemble, chacun évoluant dans sa voie mais toujours côte à côte. Tu as toujours été le moteur de notre groupe d'amis, te démenant à organiser des sorties, des voyages. Tu nous as rendu services un nombre incalculable de fois, toujours présent quand on avait besoin de toi. Et peut-être qu'on ne te l'a pas assez rendu...Mais franchement, je n'aurais pu rêver meilleur compagnon de route et j'espère que cela durera encore pour très longtemps.

A Ilias :

Nous y sommes, après des années d'enlise, on en voit enfin le bout. Ou peut-être que ce n'est que le début d'une nouvelle période avec d'autres enlises bien différentes. En tout cas, ce qui est sûr, c'est que j'ai pu compter sur toi durant toutes ces années et j'espère que cela va continuer. Tous ces moments passés ensemble sont gravés dans ma mémoire, cependant ce ne sont que les premiers d'une longue série inshallah. A notre vie parisienne et à notre amitié !

A Jeremy K. :

The lebanese monster, mon frère phénicien, l'homme au mille talents (surtout rappeur), le tombeur de ces dames (je n'oublierais jamais le « tu n'es pas belle quand tu pleures... »). On a vécu beaucoup de choses ensemble, et sur un laps de temps court en plus. Quand j'y pense, j'ai fait presque tous mes concerts avec toi ! Tu as égayé ma 3^{ème} année même si ça n'a pas été la plus simple de mon cursus. Mon aventure parisienne est née d'abord d'un souhait qu'on avait eu à l'époque, on devait venir à deux et devenir les princes de la ville. Je suis finalement venu seul, la ville entière pour moi, mais sache que tu y auras toujours une place à mes côtés.

A Brockers :

Brockers aka brocks, je pense qu'il n'y aura jamais de duo de TP aussi iconique que nous deux. De toute façon, la fac a merdé dès le moment où elle a mis les deux plus gros débiles côte à côte. La blague du « Touché Coulé » a scellé le destin d'une collaboration inébranlable dans l'art de dire des conneries. Toujours là pour surenchérir à mes bêtises, j'ai passé grâce à toi des années mémorables. Tu as marqué mon cursus comme peu de personnes l'ont fait et pour cela merci mon frère.

A Harris :

Toujours fourré dans les bons coups, maître des astuces, artisan de l'entourloupe, tu as toujours été de bon conseil. En plus d'être un compatriote messin, tu es aussi un frère algérien et maintenant un confrère parisien. Tu as joué pour beaucoup dans la concrétisation de mon rêve parisien et même dans mes choix de début de carrière. Alors j'ai hâte de vivre à fond cette escapade parisienne avec toi et que notre amitié dure encore pour très longtemps.

A Abdou :

De ma P2 à ma T1 ,en passant par notre 2^{ème} D1, tu m'as accompagné tout au long de mon cursus. Oscillant entre folie et sagesse, tu as toujours été de bons conseils. Ce serait impossible de résumer toutes ces années mais sache que j'ai été heureux de faire ta rencontre, j'ai apprécié ta compagnie, et je te souhaite donc de vivre la vie dont tu as toujours rêvé et que tu mérites.

A Floriane :

Qui l'eut cru qu'il aura fallu attendre la T1 pour que je découvre ta personnalité incroyable. Finalement tu n'es pas si débile que je le pensais. Tu es même sympa et drôle, c'est fou non ? Mais bon comme on dit, mieux vaut tard que jamais ! Sache en tout cas que tu as illuminé ma T1 et que j'ai adoré travailler avec toi. Notre escapade parisienne commune n'a finalement pas eu lieu mais j'espère que tu me feras un petit coucou quand tu seras de passage à Paris. Je te souhaite une carrière et une vie aussi belle que ta personne et que tu gardes ce sourire qui te caractérise tant.

A Quentin :

La rencontre de ma 6^{ème} année ! Merci à Legouest et Mercy d'avoir fait que nos chemins se croisent. Je suis persuadé que si on avait été dans la même fac on aurait connecté tout de suite, en tout cas je sais que je me serais plu à Strasbourg ! Comme on pourrait le dire de manière tendancieuse « ce fût court mais intense ». Je t'attends toujours sur Paris l'ami, ma porte sera toujours grand ouverte.

A Nak :

Au vietnamien le plus fou de la fac, merci pour tous ces bons moments dans ton appart. On aura bien rigolé quand même ! Les moments passés avec toi sont inoubliables. J'espère te croiser un jour à plannoise ou à la butte mon frère.

A PK :

Je ne pouvais pas ne pas remercier le sosie officiel de Ferb. Même si je n'ai toujours pas compris pourquoi tu as été sdf pendant si longtemps, squattant le canapé éclaté de Nak, j'ai compris par contre ce qui faisait de toi un camarade incroyable et un compagnon de soirée indéfectible.

A Sophia :

Ma sœur d'anniversaire, ma sœur d'Algérie, tu es sûrement la femme la plus folle que je connaisse. Merci pour tous ces moments de folies, de rire et de bêtise surtout.

A Antho :

A mon compatriote Lasallien. Dire que tu m'as connu m'habillant comme un peintre, j'espère que ça a un peu évolué quand même ! Merci pour tous ces fous rires durant toutes ces années ! Je te souhaite le meilleur dans ta vie !

A Nazim :

Tu es l'algérien le plus frais que je connaisse, toujours à la pointe de la mode. Encore félicitation pour ton internat, on n'a jamais douté de toi sache le ! Je te souhaite le meilleur et n'oublie pas tes amis simples dentistes !

A Pitch :

Malgré ton exubérance, ton racisme décomplexé et tes moqueries répétés sur mon bégaiement, j'ai apprécié ta compagnie durant toutes ces années, ces moments passés au studio avec toi et je te remercie pour ce son que je suis peut-être le seul à écouter et à posséder ! J'espère que tu t'épanouiras dans ta vie soit en tant qu'artiste soit en tant que dentiste.

A Elodie :

Quand je pense à toi, les seules images qui me viennent en têtes sont ta personne riant aux éclats. Bonne humeur et Elodie sont liés l'un à l'autre et pour cela merci ! Merci pour toutes ces vacances de prothèse passées à rire (et à galérer), ces soirées à s'amuser. Je te souhaite le meilleur et surtout beaucoup de bonheur.

A Chloé :

Peut-être que sans être binôme de TP, on ne se serait jamais rencontré, on n'aurait pas partagé tous ces moments où tu m'engueules et me disputes. Merci pour tout. Je te souhaite une belle et longue vie.

A Julien :

Depuis la PACES jusque maintenant, tu as fait pleinement parti de mon cursus et j'en suis fière. Toujours le sourire et la bonne humeur, tu es resté le même depuis tout ce

temps. Ce retour de Gala dans ma voiture (avec Anais) est encore gravé dans ma mémoire. Je te souhaite le meilleur pour toutes ces belles années à venir.

A Lynda :

Comme toi tu es maroco-algérienne, comme moi tu es amatrice de bon son (hamza) et comme moi tu es une belle personne. Avec tant de points communs, il était impossible qu'on ne s'entende pas. Merci d'avoir égayé mon cursus et surtout merci d'être toi ! En espérant que tu vivras la magnifique vie que tu mérites.

A Dr Dandrau :

Mon passage dans votre cabinet a été bien plus qu'une belle expérience professionnelle. J'y ai rencontré un homme passionné, intègre, heureux de transmettre son savoir et toujours bienveillant. Comme je vous l'ai souvent dit Docteur vous êtes trop gentil mais c'est cela qui fait de vous une personne incroyable. J'ai aimé travailler à vos côtés, apprendre en vous regardant, m'instruire en vous écoutant et surtout grandir en m'inspirant de vous. Avec Sylvaine, vous êtes l'exemple qu'il y a une place pour des êtres humains altruistes et généreux dans ce monde. Je vous serais éternellement reconnaissant. Il ne me reste plus qu'à vous souhaiter de vivre la merveilleuse retraite que vous méritez tant.

A Niki :

Franchement le destin fait bien les choses, qui aurait cru que j'aurais retrouver une camarade nancéenne comme collègue à Paris ? On se connaissait à peine à la faculté et pourtant c'est comme si on rigolait ensemble depuis des années. Merci d'avoir accepté de tourner dans mes vidéos. Je suis heureux d'être le premier à avoir déceler ton talent ! A bientôt Porte de Saint-Ouen chère collègue !

Sommaire

LISTE DES FIGURES

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

1 LA COMMUNICATION

- 1.1 DEFINITION
- 1.2 LES ACTEURS DE LA COMMUNICATION
- 1.3 LES MODELES DE COMMUNICATION
- 1.4 LES DIFFERENTS TYPES DE COMMUNICATION
- 1.5 L'INTERET D'UNE COMMUNICATION APPROPRIEE
- 1.6 UNE COMMUNICATION APPROPRIEE

2 L'HYPNOSE

- 2.1 DEFINITION
- 2.2 HISTOIRE DE L'HYPNOSE
- 2.3 LES DIFFERENTS TYPES D'HYPNOSE
- 2.4 LES BASES NEUROPHYSIOLOGIQUES DE L'HYPNOSE
- 2.5 CARACTERISTIQUES DE L'HYPNOSE
- 2.6 INDICATION EN ODONTOLOGIE
- 2.7 CONTRE-INDICATION

3 L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE

- 3.1 DEFINITION
- 3.2 HISTORIQUE
- 3.3 PRINCIPES FONDAMENTAUX
- 3.4 PROCESSUS

4 MISE EN PRATIQUE

- 4.1 SCENARIO PREMIERE CONSULTATION
- 4.2 SCENARIO DETARTRAGE
- 4.3 SCENARIO AVULSION

CONCLUSION

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES ELECTRONIQUES

ANNEXES

TABLE DES MATIERES

Liste des figures

Figure 1 : Représentation de la communication (source : Cours soignants, 2022)...	23
Figure 2 : La multicanalité selon Cosnier (source : Cosnier et Vaysse, 1997).....	24
Figure 3 : La communication interpersonnelle (source : Maxicours, 2022).....	25
Figure 4 : La communication de groupe (source : Maxicours, 2022)	25
Figure 5 : La communication de masse (source : Maxicours, 2022).....	26
Figure 6 : La communication non-verbale (source : Mire BW, 2022).....	27
Figure 7 : Exemples de postures communicatives (source : Zakaria Rachchad, 2022)	31
Figure 8 : Diagramme des sphères proxémiques selon Edward T. Hall (source : Wikipédia, 2022).....	Error! Bookmark not defined.
Figure 9 : Différents états de conscience (sources : En direct du labo, 2020)	42
Figure 10 : Les cinq types d'ondes cérébrales (source : Zeste détente, 2022).....	43
Figure 11 : Carte cérébrale (source : Cap sur la confiance, 2015)	44
Figure 12 : L'activité cérébrale durant l'hypnose (source : Le Figaro, 2016).....	45
Figure 13 : Les différents états de la transe hypnotique (source : Vacquié 2019)	Error! Bookmark not defined.

Liste des abréviations

APA : *American Psychological Association*

EEG : électroencéphalographie

IFH : Institut Français d'Hypnose

MEOPA : mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote

D : dentiste

P : patient

Introduction

À l'ère de l'information, la communication a pris une part importante dans tous les domaines de la société et le milieu médical n'en est pas exempté. D'un modèle paternaliste autoritaire, la relation soignant/soigné a évolué vers un modèle autonomiste. Le patient a désormais son mot à dire dans le plan traitement. Il lui est plus facile d'exprimer ses doutes et parfois son désaccord. Les professionnels de santé doivent donc travailler leur approche afin d'atteindre l'alliance thérapeutique, c'est-à-dire la pleine coopération entre les deux parties. Pour ce faire, de nombreuses études ont été réalisées afin d'édicter des règles et des conseils à suivre par les professionnels de santé dans le but d'une communication apaisée.

D'autant plus dans le cadre spécifique de la pratique odontologique où la peur de la douleur et l'anxiété qui en résultent sont omniprésentes. Le patient a toujours besoin d'être rassuré. Quel chirurgien-dentiste n'a jamais eu à répondre à la question « ça va faire mal docteur ? », « vous allez me m'arracher la dent ? ».

C'est dans ce contexte d'anxiété et de doute du patient que des chirurgiens-dentistes ont cherché dans l'hypnose une nouvelle approche afin d'améliorer leur communication et, de fait, la réalisation des soins. En effet, l'usage de l'hypnothérapie s'est démocratisé dans la pratique médicale au cours du XX^e siècle. Dans le domaine de l'odontologie, l'hypnose est utilisée dans un objectif de relaxation afin de faciliter les soins, que ce soit la diminution de l'anxiété, la prise en charge de la douleur ou la facilitation de la prise d'empreinte. Cependant, la réalisation de séances d'hypnothérapie au cabinet dentaire peut être contraignante, que ce soit par manque de temps, d'intérêt ou les deux. C'est donc ici qu'entre en jeu l'hypnose conversationnelle, appelée aussi la communication hypnotique. Cette dernière permet l'accompagnement du patient tout au long du soin au travers de propos adaptés et précis facilitant la relaxation, sans pour autant devoir initier une séance d'hypnothérapie en bonne et due forme. Tout praticien peut donc user de la communication hypnotique dans le but d'améliorer sa relation avec ses patients.

Dans ce manuscrit, nous allons expliquer l'approche globale que doit adopter un chirurgien-dentiste en regard de sa communication et l'intérêt d'y agrémenter l'hypnose conversationnelle.

1 La communication

1.1 Définition

La communication, du latin « *communicare* » qui signifie mettre ou avoir en commun, est « l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage » (Larousse, 2022).

Elle se décline sous trois aspects (Joly 2009b) :

- l'expression, c'est-à-dire transmettre une intention, une émotion ;
- la représentation qui consiste à donner des informations sur les événements, retransmettre un savoir ;
- l'action sur autrui qui revient à chercher à convaincre, à séduire ou à influencer.

Selon Cosnier et Vaysse (Cosnier et Vaysse, 1997), la communication dépend d'un émetteur et d'un récepteur, reliés par un ou plusieurs canaux qui transmettent des signaux véhiculant le message. Les signaux sont régis selon un code (figure 1).

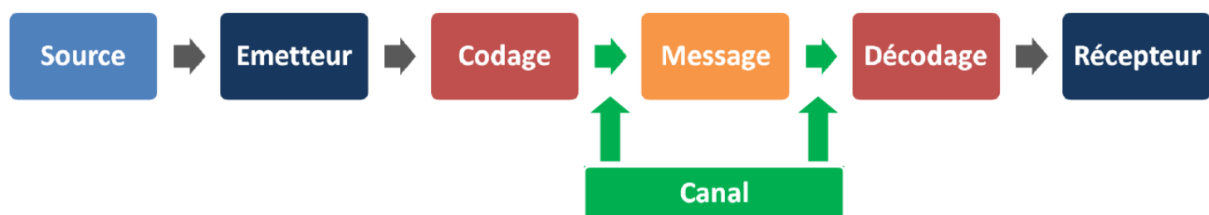


Figure 1 : Représentation de la communication (source : Cours soignants, 2022)

La communication possède deux grands déterminants :

- l'interactivité définie par la co-production des propos par les interactants ;
- la multicanalité (figure 2) qui énonce l'usage de plusieurs vecteurs de transmissions. Ces vecteurs sont « un mélange à proportions variables de verbal et de non verbal, ce dernier comprenant à la fois le vocal et le mimogestuel » (Cosnier et Vaysse, 1997).

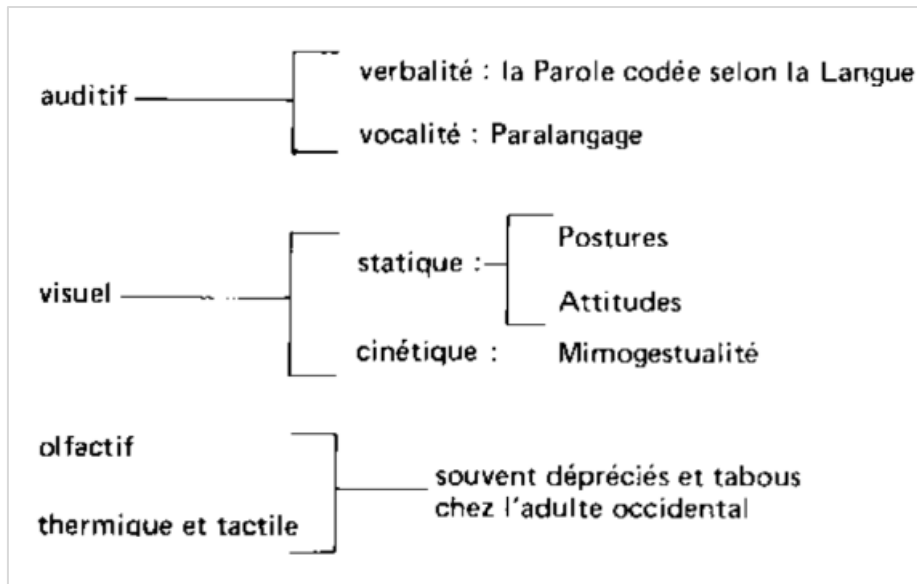


Figure 2 : La multicanalité (source : Cosnier et Vaysse, 1997)

1.2 Les acteurs de la communication

Les acteurs de la communication sont répartis entre l'émetteur et le récepteur (Servillat, 2020a). Dans le cadre de la relation praticien-patient, le chirurgien-dentiste est souvent l'émetteur, le patient étant le récepteur. Il faut inverser la tendance pour sortir du modèle patriarcal et arriver sur un pied d'égalité. Seul le travail en synergie des deux protagonistes permettra une communication.

1.3 Les modèles de communication

Il existe trois grands modèles de communication :

- la communication interpersonnelle ;
- la communication de groupe ;
- la communication de masse.

1.3.1 La communication interpersonnelle

Ce modèle est la base de la communication humaine. C'est un échange entre deux individus. Elle se caractérise par « un émetteur qui émet un message vers un récepteur chargé de le recevoir » (Servillat, 2020). Le but est la bonne transmission d'une information de l'émetteur au récepteur sans modification ni malentendu. L'échange se limite à deux personnes donc les possibilités de déformation sont très limitées (Brochard, 2014). Dans ce modèle, la rétroaction ou feedback, c'est-à-dire le fait d'avoir un retour sur sa propre communication, est quasi systématique, souvent immédiate.

Dans le cadre d'une consultation dentaire, la communication interpersonnelle (figure 3) représenterait l'échange entre le chirurgien-dentiste et son patient, ou alors l'échange entre le chirurgien-dentiste et le prothésiste.



Figure 3 : La communication interpersonnelle (source : Maxicours, 2022)

1.3.2 La communication de groupe

La communication orchestrale (Servillat, 2020) ou communication de groupe (figure 4) (Joly, 2009b) met en relation plusieurs personnes. Ici un émetteur s'exprime à plusieurs récepteurs ciblés. L'efficacité de ce modèle de communication dépend de la taille du groupe et de sa composition. Cette communication est souvent utilisée dans le milieu professionnel pour transmettre un message, un but ou une consigne à un groupe. En dehors du monde entrepreneurial, ce modèle est aussi utilisé par les publicitaires pour cibler une population précise (Brochard, 2014).

Au cabinet dentaire, il est possible de faire le parallèle avec un praticien faisant des recommandations à un enfant et ses parents. Le même message doit être transmis à l'enfant et aux adultes, par exemple pour pousser à l'amélioration et à la régularité du brossage.

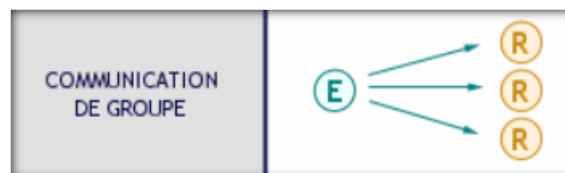


Figure 4 : La communication de groupe (source : Maxicours, 2022)

1.3.3 La communication de masse

Contrairement à la communication de groupe, la communication de masse (figure 5) concerne « un ou plusieurs émetteurs s'adressant à une foule de récepteurs non identifiés ». Elle passe essentiellement par les supports médiatiques (presse, télévision, radio et internet). Ce modèle est le moins précis de tous. En effet, le public n'est pas ciblé, le message n'est donc pas adapté et peut-être de ce fait mal interprété (Brochard, 2014).

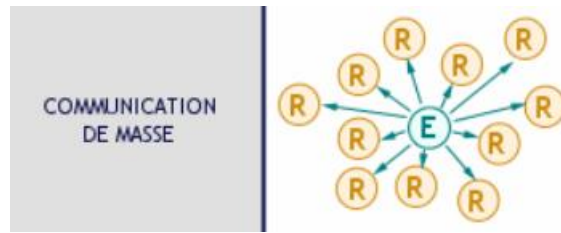


Figure 5 : La communication de masse (source : Maxicours, 2022)

1.4 Les différents types de communication

Lorsque deux personnes communiquent, la transmission d'information passe bien entendu par ce qui est dit : le contenu du discours, c'est-à-dire « le vocabulaire employé pour dire les choses » (Gouchet et Morvan, 2020). Mais l'être humain prend tout aussi en compte le ton utilisé et l'attitude de notre corps lorsqu'on le dit.

1.4.1 La communication verbale

Comme dit précédemment, le langage verbal correspond au « vocabulaire utilisé par celui qui parle » (Gouchet et Morvan, 2020). Cela passe par le choix du registre de langage : soutenu, modéré ou courant. L'utilisation d'un mot à la place d'un autre aura un impact sur le fond et la forme du discours. Il faut s'adapter au discours de son interlocuteur, d'autant plus en tant que professionnel de santé. En effet, un vocabulaire adéquat lors de la première consultation augmente la satisfaction du patient immédiatement et améliorerait même les résultats des soins (Williams et Ogden, 2004). Cependant lors d'un échange d'information, la communication verbale ne représente que 7% du message transmis (Waylen, 2017).

1.4.2 La communication non-verbale

La communication non verbale (figure 6) concerne tous les moyens de communication de l'être humain autre que l'expression orale directe. Plus concrètement, elle représente tous moyens de communication autre que les mots. Elle est composée de la communication para-verbale qui s'intéresse à la manière de prononcer les mots et la communication visuelle qui comprend les expressions faciales, le regard, le toucher, la distance, les gestes, la posture et l'apparence.



Figure 6 : La communication non-verbale (source : Mire BW, 2022)

1.4.2.1 La communication para-verbale

Le choix des mots est un vecteur important dans la communication, mais la manière dont ces derniers sont prononcés l'est tout autant. Cela correspond à la communication para-verbale. Celle-ci prend en compte les intonations de la voix, le rythme (rapide, lent), le ton (fort, chuchoté), la scansion (accents toniques, silences, soupirs), et leur variation au long du discours (Gouchet et Morvan, 2020). Ce type de communication nous indique surtout les sentiments de la personne qui parle. A travers ces critères, il est possible d'analyser les émotions et le ressenti de notre interlocuteur. Ce type de communication représente à lui seul 38% de la communication globale (Waylen, 2017).

- La voix

La voix est un élément déterminant pour différencier chaque être humain. En effet, chaque voix est unique. Aucun autre être humain ne peut reproduire parfaitement une voix en dehors de la sienne. La voix humaine porte simultanément des informations sur l'état psycho-physiologique de celui qui s'exprime (le locuteur), et sur la qualité de son adaptation au contexte social ou culturel (Zei Pollerman, 2004). De ce fait, c'est le rôle du professionnel de santé de prendre le temps d'analyser la voix du patient afin d'en discerner les subtilités. En écoutant attentivement, nous pouvons déceler du

stress, de l'appréhension ou au contraire de la quiétude et de la confiance. Il faut donc ensuite adapter sa voix à la situation afin de lui faire parvenir au mieux les informations. Avec un patient anxieux, il faudra poser sa voix, parler calmement et être rassurant.

Selon Bruno Joly (Joly, 2009), il existe plusieurs critères sur lesquels jouer pour parvenir à ce but. Il faut « placer sa voix dans le médium », c'est-à-dire modifier sa hauteur de voix en naviguant entre l'aigu et le grave. En second lieu, le volume sonore doit être réguler en fonction de la situation ainsi que de l'effet escompté (accentué un mot ou phrase dans un discours pour paraître plus solennel ou convaincant). Enfin, il faut jouer sur l'intonation afin mettre en relief le discours.

- L'articulation

Une bonne compréhension passe par la réception d'un message clair et audible. Il faut pour cela que le locuteur s'exprime avec une articulation compréhensible. Il faudra faire attention à certains défauts d'articulations tels que le chuintement (les « S » se transformant en « ch »), le grasseyement (le « r » disparaissant dans une syllabe) et le bafouillage (Joly, 2009).

Dans le cas du bégaiement, il a été montré que cette pathologie agit comme un comportement dépressif pour l'auditeur. Ce dernier a donc un sentiment négatif qui s'installe (Rosenberg et Curtiss, 1954). Cela aura une influence sur la perception d'un propos.

- Le rythme

Afin de ne pas perdre l'auditoire, il faut éviter au maximum un flot de parole monotone. Le rythme doit être varié afin de toujours maintenir l'attention de l'audience.

Ainsi l'orateur doit prendre en compte plusieurs points (Joly, 2009) :

- la ponctuation : c'est l'orateur qui décide de la ponctuation. Il a la possibilité de mettre des pauses et des temps d'arrêt où il souhaite s'il juge cela propice à la clarté de son discours ;
- les silences : équivalents à la ponctuation, ils peuvent permettre de mettre en place un « suspens » avant un point important ;
- la répétition : elle est souvent utilisée pour mettre en exergue une notion clé.

1.4.2.2 La communication visuelle

La communication visuelle représente tous les signaux que nous transmettons sans utiliser la parole. Cela correspond à la posture, un geste, une mimique faciale, un regard et toutes autres expressions corporelles. Bien que souvent négligée, elle représente à elle seule plus de la moitié de tout ce que nous exprimons (Waylen, 2017). Dans le cadre d'une consultation médicale, qui peut être stressante pour le patient, tous ces signaux sont autant d'indices que nous devons prendre en compte afin de comprendre le patient au-delà de ce qu'il nous dit. Ainsi, « l'observation globale du patient et de sa manière de se déplacer et de bouger reflète assez fidèlement son « rythme interne » » (Gouchet et Morvan, 2020).

À l'inverse, le praticien doit lui aussi faire attention à ce qu'il reflète et cela dès les premières minutes de l'interaction. On parle de la règle des deux minutes ou « *The two-minute Rule* ». Cette dernière réfère à la première impression que l'on donne, que ce soit dans le cas d'un professionnel de santé allant à la rencontre d'un patient, ou bien d'une personne allant à un entretien d'embauche. Ces premières minutes vont déterminer l'image que l'autre aura de notre personne. Malheureusement, cette première impression est dure à modifier (Hull, 2015). Il est donc important de prendre en compte ces codes et les utiliser au mieux.

- Les expressions faciales

Une grande partie de la communication non verbale implique les expressions faciales. Lorsque le praticien parle à son patient, il peut ressentir ses émotions et imaginer ses pensées grâce au changement dans ses expressions faciales. Bien sûr cela fonctionne aussi dans le sens inverse. Sourire, hochement de tête, haussement de sourcils, bâillements et ricanements sont tant de signes à prendre en compte. La communication non verbale peut varier selon les cultures, mais la signification des expressions faciales classiques telles que la joie, la peur, le dégoût, la surprise, la colère, la tristesse, ne change pas (Parija et Adkoli, 2020).

Chez le chirurgien-dentiste, du fait de la nature du métier, la communication orale au cours des soins est souvent difficile voire impossible. L'expression faciale joue donc un rôle prépondérant dans la communication. Lors de soins, par exemple, un froncement de sourcil ou une grimace peut signifier une gêne ou un désagrément.

- Les gestes

Les gestes sont un moyen de communication utilisés tous les jours par un grand nombre de personnes, que ce soit seuls ou associés à la parole (Liubov, 2014).

Les gestes comprennent les mouvements délibérés de la tête, des mains, des bras et des jambes. La plupart des gestes courants comprennent le fait de saluer, de pointer et d'utiliser les doigts. Par exemple, le pouce levé signifie "OK".

Grâce à un geste, il est possible de transmettre un message non exprimé oralement (Parija et Adkoli, 2020). En effet, il est possible de communiquer uniquement par des gestes comme dans le cas du langage des signes. Dans ce cas, les mouvements utilisés sont structurés et articulés selon un nombre de règles précises comme une langue. Cependant, quand ces mouvements sont utilisés en complément d'une élocution, ils sont difficiles à décoder et peuvent être invisibles à un œil inexpérimenté (Liubov, 2014).

Chez le chirurgien-dentiste, la communication passe beaucoup par des gestes. Avant le début des soins, il est possible de convenir d'un code comme une main levée ou un signe de la main afin d'interrompre le soin en cas de douleur, de gêne ou au contraire de signifier que le soin se déroule convenablement.

- Le contact visuel

Nos mouvements oculaires révèlent ce qui se passe dans notre tête. Il est possible de discerner des émotions dans le regard de notre interlocuteur, d'autant plus qu'elles sont souvent différentes de celles exprimées oralement. Le contact visuel avec l'auditoire renforce la fiabilité et la crédibilité de l'orateur (Parija et Adkoli, 2020).

De plus, le port du masque par les professionnels de santé rend le contact visuel extrêmement important car les expressions faciales sont en partie cachées.

- La posture

La posture (figure 7) est un outil puissant de communication non verbale. Notre attitude nous trahi et dévoile nos pensées.

Voici un certain nombre d'exemples de postures communicatives :

- être assis avec un individu qui nous parle et nous nous penchons vers l'avant, les épaules voutées, les coudes sur la table avec le visage dans les mains nous fait paraître ennuyé, désintéressé ou même absent (Hull, 2015) ;

- être assis, penché vers l'arrière avec une main recouvrant la bouche nous fait paraître hostile ou circonspect (Hull, 2015) ;
- en écoutant une personne parler, si l'on est debout, il faut avoir les pieds espacés de 45 cm. En ayant les pieds trop écartés, l'interlocuteur peut avoir l'impression de sentir une hostilité de notre part. Au contraire, avoir les pieds trop rapprochés nous donne un déséquilibre et donc nous pouvons paraître plus vulnérable. Avoir une distance de 45 cm entre les pieds nous donne une stature et une posture stable. Cela donne une impression de confiance en soi et de crédibilité (Hull, 2015) ;
- se tenir debout avec les bras croisés donne une impression de résistance et de refus (Parija et Adkoli, 2020).



Figure 7 : Exemples de postures communicatives (source : Zakaria Rachchad, 2022)

- La distance

Maintenir une distance appropriée est très important lorsqu'on communique avec les autres. La distance que l'on préfère mettre avec une personne dépend de nombreux facteurs dont les normes sociales, la situation, la personnalité et du niveau de proximité sociale (1^{ère} rencontre, ami, parfait étranger) (Liubov, 2014). Cela s'appelle la proxémie (figure 8). Cette dernière peut être interprétée différemment en fonction des cultures mais ils s'avèrent qu'en général quatre grands espaces existent :

- l'espace intime de 0 à 45 cm ;
- l'espace personnel de 45 cm à 1,2 m ;
- l'espace social de 1,2 à 3,6 m ;
- l'espace public de 3,7 à 4,5 m.

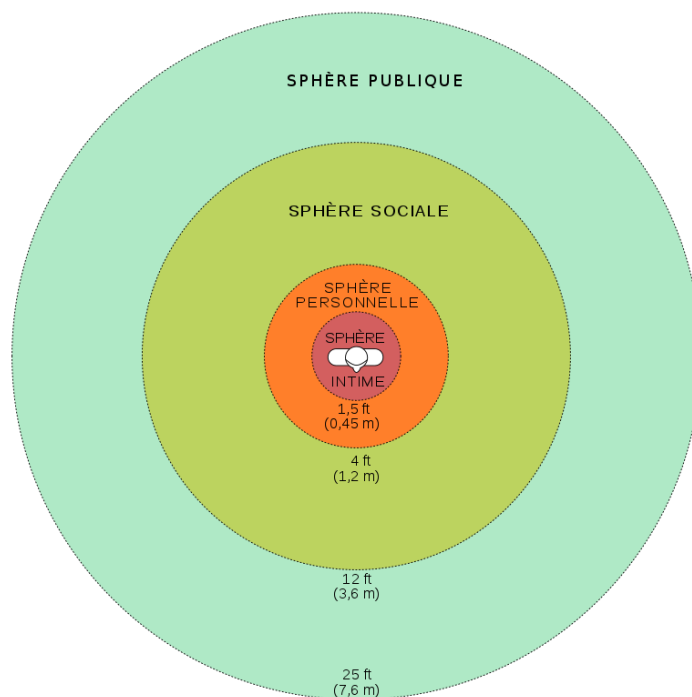


Figure 8 : Diagramme des sphères proxémiques selon Edward T. Hall
(source : Wikipédia, 2022)

Les espaces personnels et intimes sont les plus difficiles d'accès, seule la famille ou un ami peut y pénétrer. Une personne, en dehors de ce cercle restreint, pénétrant dans ces espaces peut générer un malaise voire une peur.

De 6 à 18 cm, cet espace personnel est généralement réservé à un conjoint. *A contrario*, afin de créer une relation de confiance, il ne faut pas être trop éloigné de la personne car mettre une distance entre un individu et soi revient à mettre une distance dans la relation (Parija et Adkoli, 2020).

La position du chirurgien-dentiste est donc très inconfortable car il pénètre l'espace intime du patient dès la première interaction. D'autant plus que les zones buccales et péribuccales sont des espaces très personnels liés à des émotions multiples et complexe. Le praticien se doit alors de mettre à l'aise le patient autant que faire se peut afin de rendre cette intrusion dans l'intimité la plus douce possible.

- Le toucher

Comme expliqué précédemment, il existe plusieurs espaces de distances. Or le contact physique avec une personnes revient à ne laisser aucune distance avec notre interlocuteur. Nous sommes donc au degré maximal de l'intimité (Parija et Adkoli, 2020).

- L'apparence physique

L'apparence physique est ce que l'on observe en premier chez une personne. De la tenue vestimentaire, à la coupe de cheveux en passant par la propreté des ongles, tout est analysé et interprété par notre interlocuteur. Elle est donc considérée comme un outil important de la communication non verbale (Parija et Adkoli, 2020). Des études ont montré que les émotions peuvent être corrélées à une couleur (Liubov, 2014). D'où l'intérêt de choisir soigneusement la couleur d'une tenue vestimentaire lors d'un évènement ou d'une 1^{ère} rencontre.

1.5 L'intérêt d'une communication appropriée

La communication est au cœur de la prise en charge du patient. Une mauvaise communication peut empêcher une prise en charge adéquate ou entraîner un quiproquo sur les attentes du patient. Selon une étude menée en 2018, 48% des patients se rappellent parfaitement des recommandations de leur médecin, 38% ont besoin d'une aide ou d'un indice pour s'en rappeler et 14% réinterprètent complètement les recommandations ou ne s'en rappellent pas du tout (Laws et al., 2018). Plusieurs études montrent que les professionnels de santé sous-estiment le désir des patients dans 65% des consultations (Ha et Longnecker, 2010). En 1984, Waitzkin a montré que pour 20 minutes de consultation, seulement un peu plus d'une minute était consacré à la transmission des informations (Waitzkin, 1984).

Or, comme expliqué précédemment, la communication passe avant tout par les gestes, les regards, la posture ou l'intonation (Waylen, 2017). Une corrélation a été prouvée entre la communication non verbale du médecin et l'amélioration de la satisfaction et la compréhension du patient (Carter et al., 1982 ; Stewart et Roter, 1989 ; Bensing, 1991 ; Ogden et Williams, 2004 ; Silverman et Kinnersley, 2010). Une communication inefficace génère une mauvaise observance aux recommandations des médecins et, en l'absence de résultat, cela peut entraîner un mécontentement du patient (Pensieri et al., 2018). De plus, il semblerait que la qualité de la prise en charge et le résultat des traitements dépendent de la bonne relation entre les deux protagonistes.

Certains sujets, considérés comme tabous, sont souvent difficiles à aborder. Que ce soit des problèmes de santé (VIH, hépatite) (Perry et al., 1993), des problèmes d'addictions (alcool, drogue), des problèmes psychologique ou psychiatrique, ou

encore des soucis de violence, de harcèlement ou même de viol (Nublat et al., 2017). Toutes ces thématiques peuvent être complexes à exprimer pour les patients. Or, la non-divulgence de certaines informations peuvent mettre en danger le patient ainsi que les professionnels de santé. Ces derniers se doivent donc de travailler sur leur communication afin d'acquiescer des compétences d'écoute et d'empathie permettant une parole libérée et la création d'un climat de confiance.

1.6 Une communication appropriée

Maintenant que nous avons établis les différents modes de communication existants et quels étaient leurs impacts sur la prise en charge du patient, nous allons à présent expliquer les règles à suivre afin d'établir une communication de qualité entre le chirurgien-dentiste et son patient. Il existe plusieurs phases lors du dialogue avec un patient et chacune d'entre elles demandent une attention particulière (Begum, 2014).

1.6.1 Une relation basée sur la confiance

Tout d'abord, il faut établir une relation saine avec le patient. Il faut que ce dernier se sente en confiance, écouté et compris. Le patient doit pouvoir se confier sans appréhension ni peur du jugement (Begum, 2014). Il doit sentir l'empathie que nous lui portons à travers notre langage corporel et une écoute active. Il faut ensuite identifier le motif de la consultation afin de cibler au mieux la problématique du patient. Pour cela, il faut réaliser un travail d'investigation précis en posant les bonnes questions afin de recueillir toutes les informations nécessaires à notre diagnostic. Quand ce dernier a été réalisé, un travail de restitution doit être effectué en livrant toutes les informations nécessaires. Bien que nous essayions d'être le plus intelligible et le plus clair possible, il faut toujours s'assurer que le patient a bien compris ce que nous lui expliquons. Ce qui peut nous sembler limpide peut être perçu comme incompréhensible pour un néophyte (Begum, 2014).

1.6.2 Une écoute attentive

Intéressons-nous maintenant à la phase d'écoute. Cette dernière doit se dérouler dans un environnement propice, de préférence dans un lieu clos, en toute intimité. Seul le professionnel de santé doit entendre ce qui est dit. De plus, il faut que le patient ait toute l'attention du praticien. En effet, si ce dernier est interrompu sans cesse, le patient va se sentir délaissé et non-écouté. Il sera donc moins en confiance. Comme détaillé précédemment, il faut prendre en compte la communication non verbale du

patient, c'est-à-dire les gestes, les expressions, les regards et tous les autres moyens d'expression corporelle que nous pouvons discerner. A l'inverse, il faut que l'on montre aux patients que nous comprenons ses doutes et son désarroi. Afin d'être sûr d'avoir bien compris la situation présentée par le patient, il est recommandé de faire un résumé de la problématique. Le patient confirmera nos propos ou nous corrigera si certains éléments sont erronés. De plus, il ne faut pas hésiter à demander au patient comment il se sent. Trop de praticien se concentre sur la partie médicale en oubliant de s'enquérir des états d'âme des patients (Begum, 2014).

1.6.3 Une compréhension mutuelle

À la fin de l'entretien, il est capital que le praticien s'assure que les deux parties soient au clair sur la raison de la visite du patient, l'étiologie de la pathologie présentée et le plan de traitement envisagé (Begum, 2014). Une étude de Levy et al. (Levy et al., 2018) a détaillé un certain nombre de raisons pour lesquelles les patients quittaient la consultation sans avoir totalement compris les propos du praticien. Parmi ces raisons, il y avait la honte d'admettre qu'ils n'ont pas compris les instructions du praticien, ou pire, la peur que le praticien pense que les patients soient stupides. Il faut donc s'assurer que le patient soit suffisamment à l'aise pour poser toutes les questions possibles et imaginables afin qu'il ressorte de la consultation avec toutes les clés en main pour résoudre sa problématique.

2 L'hypnose

2.1 Définition

Aujourd'hui encore, il n'y a pas de définition arrêtée et précise de ce qu'est exactement l'hypnose. Plusieurs scientifiques et instituts spécialisés en hypnose ont proposé une définition.

Selon l'*American Psychological Association* (APA), l'hypnose est « *A state of consciousness involving focused attention and reduced peripheral awareness characterized by an enhanced capacity for response to suggestion* » que l'on pourrait traduire par un état de conscience impliquant une attention focalisée et une réduction de l'attention périphérique caractérisés par une capacité augmentée de réponse aux suggestions (American Psychological Association, 2014).

Selon l'Institut Français d'Hypnose (IFH), l'hypnose est le procédé permettant d'atteindre l'état hypnotique, c'est-à-dire, atteindre un état de conscience modifiée. Ce procédé peut différer en fonction des personnes mais le but atteint est similaire (Institut Français d'Hypnose, 2022).

Selon Erickson (1980), c'est « un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissage » (Bourassa et al., 2020).

Selon André Weitzenhoffer (1988), l'hypnose est « un type spécial d'état de transe, caractérisé habituellement par l'hypersuggestibilité, qui est induit chez un individu (le sujet) par certaines actions d'un autre individu (l'hypnotiseur) et durant laquelle l'hypnothérapeute exerce vraisemblablement un contrôle sur le comportement du sujet à travers le médium de la suggestion » (Bourassa et al., 2020).

Le point commun entre ces définitions est le consensus sur le fait que l'hypnose est un état de conscience modifié durant lequel sont transmises des suggestions, qu'elles soient directes ou indirectes.

2.2 Histoire de l'hypnose

2.2.1 À l'antiquité

Les premiers écrits datant de l'antiquité qui traitent de l'hypnose ou, en tout cas, d'une cérémonie qui s'y rapproche sont les tablettes cunéiformes sumériennes, de l'école des prêtres d'Erech, âgés de plus de 6000 ans. Ils font mention de guérisons grâce à des états modifiés de conscience, par des paroles provoquant le sommeil (Moreni et Barber, 2015).

En 1875, Georg Ebers publie un papyrus d'Égypte antique nommé le papyrus d'Ebers datant du XVI^e siècle avant J.-C. sur lequel est notamment écrit « Pose ta main sur la douleur et dis que la douleur s'en aille ». Un autre indice de la présence de l'hypnose en Haute-Égypte est l'existence des temples de guérison ou temple du sommeil. Ces structures étaient des sortes d'hôpitaux, voués à la guérison de maladies. Les prêtres amenaient les patients dans un état second pour analyser leurs rêves et trouver un traitement approprié. Ce type de pratique a aussi existé en Grèce antique, au V^e siècle avant J.-C., dans les temples d'Asclépios (Moreni et Barber, 2015).

2.2.2 Origine de l'hypnose moderne

Au XVI^e siècle, Paracelse relate l'existence d'un magnétisme du cosmos sur l'être humain et décrit une relation entre psyché, corps physique et âme. Il en tire la conclusion que les aimants auraient des vertus bénéfiques sur la santé et il écrira « la suggestion confère à l'homme un pouvoir sur son semblable, comparable à celui d'un aimant sur le fer » (Dubois, 2021).

- Le magnétisme animal

Au XVIII^e siècle, suite à la théorie de Paracelse, Franz Anton Mesmer posera les bases de l'hypnose moderne. Il va être le premier à établir une théorie scientifique sur les faits de transe, les dissociant ainsi du domaine religieux. Il est le premier à parler du « magnétisme animal » et de l'aptitude des magnétiseurs à pouvoir l'utiliser à des fins thérapeutiques (Dosdat, 2014).

- Le somnambulisme

Le marquis de Puységur, élève de Mesmer, va développer la technique de son mentor. Il décide de réaliser ses passes magnétiques à distance du corps de ses patients et non plus directement au contact du corps comme son maître le faisait. Il fait entrer les

patients dans un état mi-endormi, mi-éveillé qu'il nommera le « somnambulisme » ou « sommeil lucide ». Cet état les rend très réceptifs aux suggestions du médecin (Becchio et Suarez, 2015).

- Remise en question du magnétisme

En 1813, l'abbé Jose Custodia De Faria remet en cause le fluide mesmérrien. Selon lui ce dernier n'existe pas, il avance que seul le cerveau humain est responsable du sommeil hypnotique. Il est le premier à mettre en avant les inductions rapides et instantanées (Moreni et Barber, 2015).

2.2.3 Naissance du terme hypnose

En 1843, suite aux travaux de l'abbé Faria, le médecin anglais James Braid publie « Hypnose, ou traité du sommeil nerveux ». Il explique l'intérêt de la fixation d'un point brillant pour atteindre un état modifié de conscience mais que des suggestions verbales permettent d'atteindre le même but. Il parle alors de « sommeil nerveux » puis d'« hypnotisme ». Il démontre que le patient lui-même est le seul vecteur de l'hypnose et que le thérapeute n'est qu'un guide. Cela sera les fondations de l'auto-hypnose (Moreni et Barber, 2015).

2.2.4 Les deux écoles françaises

À partir du milieu du XVIII^e siècle, cette nouvelle thérapeutique qu'est l'hypnose traverse la Manche et arrive en France. Il faudra attendre la fin du XIX^e siècle pour qu'elle attire l'attention de deux médecins de l'époque : Jean-Martin Charcot et Hippolyte Bernheim (Becchio et Suarez, 2015).

- L'école de Paris

En ce temps-là, Jean-Martin Charcot exerce à La Salpêtrière. Il est à l'origine de la description de 15 maladies ou syndromes neurologiques (Becchio et Suarez, 2015).

Il a l'idée de se servir de l'hypnose pour soigner les patients atteints d'hystérie. Il considère l'état hypnotique comme « une névrose hystérique artificiellement induite, résultant d'une suggestion de sommeil, mais provoquant une condition physiologique différente du sommeil ». Selon lui, seuls les hystériques ou les personnes ayant des prédispositions à l'hystérie sont susceptibles d'être influencés par la suggestion hypnotique. Il détaille la transe hypnotique en trois stades : la catalepsie (suspension complète du mouvement volontaire des muscles), la léthargie (sommeil profond et

prolongé dans lequel les fonctions de la vie semblent suspendues) et le somnambulisme (Bourassa et al., 2020).

- L'école de Nancy

À la même période, le professeur Hippolyte Bernheim, neuropsychiatre renommé, a été formé à l'hypnose sur les principes de James Braid et prône une autre forme d'hypnose que celle pratiquée par Charcot. En collaboration avec le Dr Ambroise Liébeault, il a fondé une petite école d'hypnose à Nancy. Pour lui, le sommeil hypnotique est similaire au sommeil naturel, si ce n'est qu'il est induit par suggestion. Bernheim pratique l'hypnose basée uniquement sur la suggestion verbale. Il prétend que l'hypnose peut être appliquée à tous les patients. Cette affirmation contredit les idées de Charcot.

Cependant au fur et à mesure du temps, Bernheim délaissera l'hypnothérapie dans sa pratique aux profits de suggestion sur des patients éveillés. Il nommera cela la « psychothérapie » (Bourassa et al., 2020).

- La psychanalyse

Sigmund Freud, après avoir appris l'hypnose auprès de Charcot, rentre en Autriche en 1887. Deux ans plus tard, il rencontre Bernheim et traduira son ouvrage sur la suggestion. Cependant il abandonnera les suggestions directes et s'intéressera aux suggestions indirectes. En effet, il se concentre sur les résistances des patients et préfèrent les analyser et les comprendre plutôt que les briser par une hypnose directive et brutale. Il développe alors ses théories de l'inconscient, de la régression, de l'association libre, de l'interprétation et du transfert. Cela sonnera les débuts de la psychanalyse (Dosdat, 2014).

2.2.5 L'avènement de l'hypnose moderne

Suite aux deux guerres mondiales, l'hypnose intéresse de plus en plus les médecins afin de traiter les soldats traumatisés. Elle permet notamment de prendre en charge rapidement des expériences traumatiques intériorisées et refoulées. Un grand thérapeute va émerger durant cette période : Milton H. Erickson (Moreni et Barber, 2015). Ce dernier développe une approche spécifique de l'hypnose appelée l'hypnose ericksonienne. Cette dernière se base sur le concept de suggestions non-directives et l'utilisation de l'auto-hypnose par le patient. Il s'intéresse fortement aux signaux non-verbaux. Selon lui, l'hypnose est un outil destiné à la personne afin de potentialiser

ses ressources pour changer. Son approche innovante va fondamentalement révolutionner l'hypnose et va être à l'origine de l'hypnose thérapeutique telle qu'on la connaît aujourd'hui (Moreni et Barber, 2015 ; Dubois, 2021).

2.3 Les différents types d'hypnose

2.3.1 Hypnose classique ou traditionnelle

L'hypnose classique ou traditionnelle découle des premières formes d'hypnoses à travers l'histoire. Elle est la plus répandue et la plus connue. Elle est utilisée dans les spectacles ou les représentations d'hypnose. Elle est dite directe car elle repose sur des suggestions formulées de façon ferme afin d'influencer les sentiments, les pensées et les d'actions. Ce type d'hypnose est considéré comme intrusif car l'objectif est de pénétrer avec plus ou de moins de force dans la pensée du sujet. L'hypnose classique ne fonctionne que sur un certain type d'individus. Du fait de son caractère brutal, elle entraîne beaucoup de résistance, surtout chez les personnes ayant un processus de pensée analytique et critique. De plus, il est possible de développer des troubles psychologiques suite à l'induction hypnotique, caractérisant bien l'effet violent de cette dernière (Bioy, 2020).

Cependant, cette brutalité permet justement de donner des directives rapidement et efficacement. Par exemple, elle permet de sécuriser et calmer rapidement un patient en situation de détresse ou dans un contexte difficile. Elle permet aussi de diminuer le risque d'apparition de « phobie du soin » ou d'apparition de mémoire de la douleur.

Dans une application plus concrète, si le patient souhaite arrêter de fumer, l'hypnotiseur peut demander au sujet, lors de la séance de thérapie, de visualiser les méfaits de la cigarette, l'odeur désagréable qu'elle dégage et la douleur qu'elle cause au nez et aux yeux. Le thérapeute suggérera au sujet que, lorsqu'il ne fumera pas, tout ira bien. Chaque fois que le sujet se souviendra de fumer, il se rappellera l'horrible odeur de la cigarette. Cela aidera le sujet à arrêter de fumer (Garba et Mamman, 2020).

2.3.2 Hypnose ericksonienne

L'hypnose ericksonienne, du nom du fameux psychiatre Milton H. Erickson, marque un tournant dans le monde de l'hypnose car elle se base sur des suggestions indirectes. De ce fait, elle n'utilise pas de la force et de la violence pour pénétrer la pensée humaine. Cette hypnose est centrée sur le patient et non sur ses symptômes.

Au lieu de partir de ce qui est absent et de créer une solution, Erickson va chercher chez le patient toutes ses ressources intérieures pour justement construire et combler les manques en ayant un autre point de vue. Cela permet de s'ajuster d'une bien meilleure façon à une situation donnée (Meggle, 2005).

Selon Meggle, l'hypnose ericksonienne repose sur quatre points :

- le but de la thérapie est le changement ;
- le thérapeute est là pour aider le patient à changer par lui-même ;
- chaque patient est unique ;
- c'est au thérapeute de s'adapter au patient et non l'inverse.

2.3.3 Auto-hypnose

Comme son nom l'indique, l'auto-hypnose est une approche de l'hypnose consistant à entrer en transe seul. Il n'y a pas besoin de thérapeute pour induire la modification de l'état de conscience. L'hypnotisé et l'hypnotiseur ne font qu'un. Les êtres humains sont en hypnose chaque jour de manière inconsciente. Le fait d'avoir « la tête dans les nuages », « d'être dans la lune » et de rêvasser sont en réalité des instants d'auto-hypnose (Nonclercq, 1992 ; Toukap Kissougoule, 2021).

L'apprentissage de l'auto-hypnose par un thérapeute est nécessaire quant à elle lorsque le patient souhaite une transe plus profonde afin de communiquer avec l'inconscient dans le but d'induire des changements plus profonds (Salem et Bonvin, 2017).

2.3.4 Hypnoanalyse

L'hypnoanalyse est un procédé usant de l'hypnose afin de faciliter la prise en charge psychanalytique. Le patient est hypnotisé soit en début de séance soit à des moments clés de la séance. Cela permet une facilitation du travail d'association libre (principe fondamentale de la psychanalyse consistant pour l'analysant à exprimer directement ses pensées suite à un élément donné ou de façon spontanée) De plus, cela entraîne rapport aux défenses et aux résistances simplifiés (Institut Français d'Hypnose, 2022). Les techniques de psychanalyse de Freud et Jung demandent un lâcher-prise et la perte de contrôle car toute parole dite volontairement subit l'influence d'une certaine rationalité. L'hypnose permet justement d'entrer dans un état libre de tout carcan et de règles conscientes ou non (Collot, 2019).

2.3.5 Hypnose humaniste

L'hypnose humaniste peut être reconnue par ses inductions dite "en ouverture". La procédure hypnotique habituelle qui permet de mettre une personne en état d'hypnose (la dissocier, « l'endormir ») est inversée. Plus précisément, dans l'hypnose humaniste, le sujet atteint un « état de conscience accrue » justement par la méthode permettant normalement de le faire sortir de sa transe, le « réveil ». On applique donc le « réveil » sur un individu qui est dans état de conscience non altéré. Le fait qu'une personne se « réveille » alors qu'elle est dans un état « normal » déclenche chez elle une autre sorte de transe qui possèdent les mêmes signes qu'une induction hypnotique. Ainsi, il existe un « état modifié de conscience » qui peut évoquer tous les phénomènes connus de l'hypnose, mais cette fois par plus de conscience (et non plus par l'inconscient). Cet état d'être très particulier est agréable et « léger ». Une personne dans un état d'hypnose humaniste est énergique et pétillante, plutôt qu'engourdie (Lockert, 2013) .

2.4 Les bases neurophysiologiques de l'hypnose

Depuis 1949, l'électroencéphalographie (EEG) a permis de démontrer que l'hypnose n'est ni un état de sommeil, ni de coma mais un état éveillé (figure 9). C'est un état de conscience altéré (Musellec et Bernard, 2013).

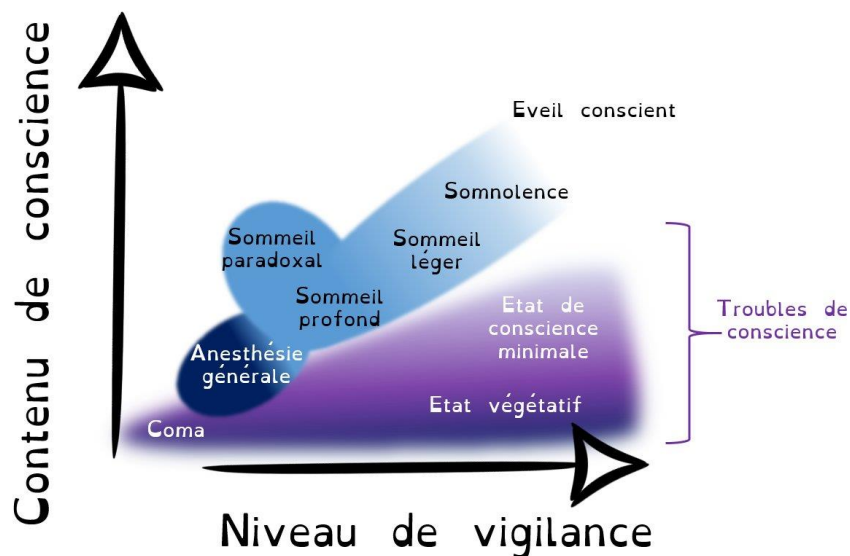


Figure 9 : Différents états de conscience (sources : En direct du labo, 2020)

L'EEG permet de mesurer l'activité électrique dendritique neuronal. En bref, cela permet de jeter un coup d'œil furtif sur les différents états cérébraux (Abhang et al., 2016).

Cette technologie a permis de mettre en lumière cinq types d'ondes cérébrales (figure 10) (Abhang et al., 2016) :

- les ondes delta (0,5 à 4 Hz) : ce sont les ondes les plus lentes enregistrées chez l'Homme. Elles sont discernées les plus souvent chez les nourrissons et les jeunes enfants. Elles correspondent aux états de relaxation intense ou de sommeil profond. Si ces ondes ne sont plus émises, il semblerait que le corps humain et le cerveau se retrouvent dans l'incapacité de se régénérer ;
- les ondes thêta (4 à 7 Hz) : ces ondes sont impliquées dans le sommeil et les moments de rêves éveillés, ces instants où nous sommes « dans la lune ». Ces ondes amélioreraient notre créativité, notre intuition et notre relaxation. Cependant une présence importante des ondes Theta entraînerait de la dépression, de l'hyperactivité, de l'impulsivité et de l'inattention ;
- les ondes alpha (7 à 13 Hz) : situées entre les ondes beta et theta, elles sont impliquées dans les états de relaxation éveillée. Elles nous aident à nous calmer en cas de situation stressante. Si ces ondes sont réprimées, cela peut causer de l'anxiété, énormément de stress et de l'insomnie ;
- les ondes bêta (13 à 30 Hz) : ce sont des ondes à haute fréquence, généralement observées dans un état éveillé. Elle sont impliquées dans la réflexion logique et les états de pleine conscience. Ces ondes permettent la concentration, la mémorisation et la résolution des problèmes ;
- les ondes gamma (30 à 100 Hz) : elles représentent l'activité cérébrale la plus rapide de l'être humain. Dans des conditions optimales, les ondes gamma favorisent l'attention, la concentration, la liaison des sens (odorat, vue et ouïe), la conscience, la réflexion et la perception.

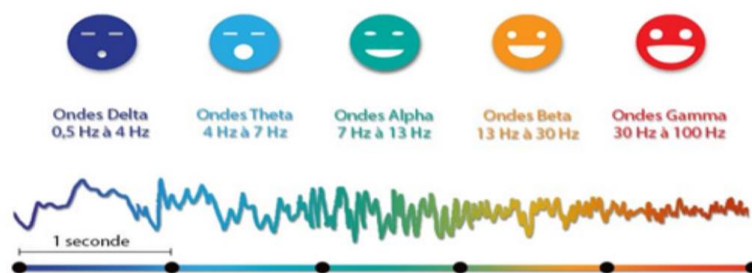


Figure 10 : Les cinq types d'ondes cérébrales (source : Zeste détente, 2022)

Il a été démontré que l'hypnose est associée à un plus grand nombre d'oscillations thêta, et que la réponse hypnotique est associée à des changements dans les modèles d'oscillations gamma (avec des augmentations, des diminutions ou des changements potentiels dans la synchronisation des oscillations gamma), en fonction de nombreux facteurs, y compris les suggestions données. La recherche sur la mémoire confirme l'importance des oscillations thêta en particulier, et peut-être aussi des oscillations commune thêta-gamma dans l'enregistrement et le rappel de la mémoire déclarative. La mémoire déclarative, aussi appelée mémoire explicite, concerne le stockage et la récupération de données qu'un individu peut faire émerger consciemment puis exprimer par le langage. Les souvenirs déclaratifs (souvenirs d'événements et de sensations qui peuvent être « déclarés ») semblent être importants pour pratiquement toutes les réponses hypnotiques. Certains scientifiques estiment donc que les oscillations thêta facilitent la réponse hypnotique et que les oscillations thêta-gamma peuvent fournir une explication physiologique de l'hypnose en suggérant un lien entre les circuits limbiques (partie de l'encéphale qui joue un rôle très important dans le comportement, les émotions et la formation de la mémoire) et néocorticaux (impliqués dans la perception, les sens et dans la réaction par l'appareil locomoteur) (Abhang et al., 2016).

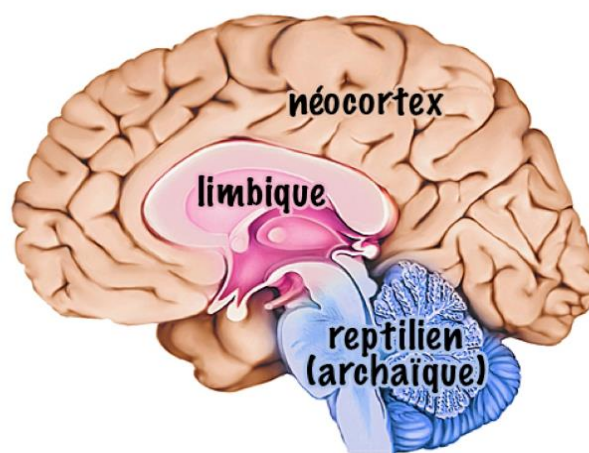


Figure 11 : Carte cérébrale (source : Cap sur la confiance, 2015)

En 2017, le Dr David Spiegel, professeur de psychiatrie et des sciences comportementales à l'université de Stanford, a dirigé une étude dans le but de mettre en lumière les zones d'activités cérébrales durant l'hypnose (figure 12) (Jiang et al. 2017). Avec son équipe, ils ont choisi 57 personnes, qu'ils ont séparé en deux groupes : les personnes hautement réceptives à l'hypnose et les personnes faiblement

réceptives à l'hypnose. Dans ces deux groupes, suite à une session d'hypnose, il a été démontré :

- une baisse d'activité dans le cortex cingulaire dorsal antérieur. Or ce dernier est responsable des émotions, du contrôle des impulsions et de la prise de décisions ;
- une connexion avec le cortex préfrontal dorsolatéral et l'insula, des aires cérébrales responsables de la supervision de l'activité du corps dans sa globalité ;
- une chute d'activité dans la région du cortex cingulaire postérieur responsable du lien entre la pensée d'une action et sa réalisation.

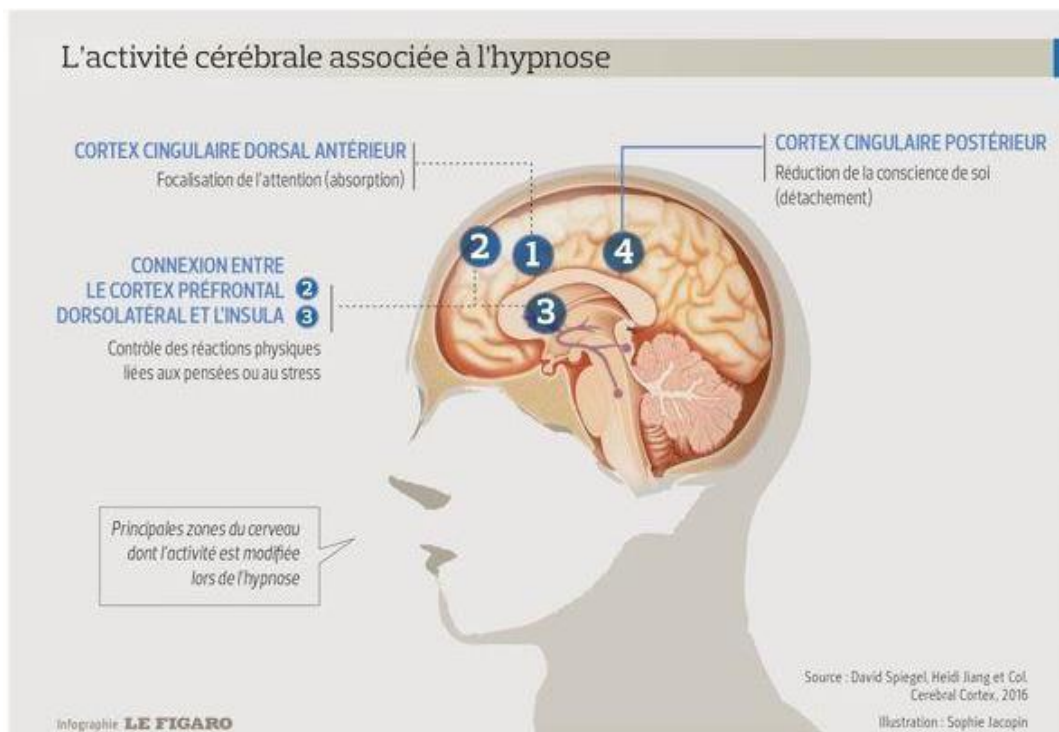


Figure 12 : L'activité cérébrale durant l'hypnose (source : Le Figaro, 2016)

Cette étude a prouvé que sous hypnose, il y a réellement un état de conscience modifié avec une baisse de l'attention, un détachement sur les actions réalisées et un contrôle des émotions. L'hypnose permet donc bien aux personnes d'entrer dans un état apathique sans pour autant entrainer le sommeil et contrôler leurs réactions physiques en réponse à des pensées et des facteurs de stress.

2.5 Caractéristiques de l'hypnose

2.5.1 Signes de la transe hypnotique

La transe hypnotique est reconnaissable par bien des signes, bien sûr ces derniers peuvent différer en fonction des individus et de la profondeur de la transe. Nous pouvons classer ces signes en deux groupes distincts (Dubois, 2021 ; Leplus-Habeneck, 2021) :

- Les indices physiques :
 - catalepsie (incapacité de réaliser des mouvements musculaires volontaires) ;
 - léthargie ;
 - mouvement automatique ;
 - relaxation musculaire ;
 - larmolement, rhinorrhée ;
 - petites saccades musculaires, clignement ou fibrillation des paupières ;
 - activation passagère de la musculature lisse (salivation, péristaltisme, toux) ;
 - augmentation des temps de latence ;
 - ralentissement de la respiration et du pouls ;
 - diminution de la pression artérielle ;
 - retardement des réflexes de déglutition ;
 - sensation de lourdeur ou de légèreté ;
 - sensation de chaleur ou de fraîcheur ;
 - hyperesthésie partielle ou générale du corps ;
 - hypoesthésie ou anesthésie partielle ;
 - inhibition ou excitation sensorielle spontanée.
- Les indices psychologiques :
 - absence d'initiative ;
 - accroissement de la suggestibilité ;
 - altération de la perception du temps ;
 - amnésie, hypermnésie, paramnésie ;
 - interprétation littérale ;
 - expressions facilitées des émotions, réductions de la tension émotionnelle ;
 - hallucination psychique.

2.5.2 Les différents états de la transe hypnotique

Erickson a constaté trois types fondamentaux de transe thérapeutique (figure 13) (Erickson et al., 1948).

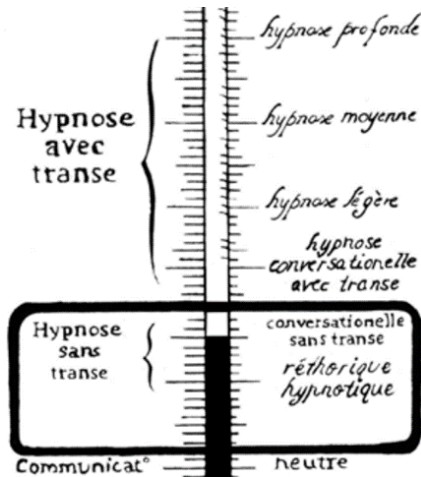


Figure 13 : Les différents états de la transe hypnotique (source : Vacquié 2019)

- Les trances communes ou légères

Un état d'auto-absorption où les patients sont tellement absorbés par l'exploration de soi qu'ils semblent ne pas tenir compte du thérapeute (Erickson et al., 1948). Cela peut aussi se réaliser au quotidien, lorsque notre esprit se concentre sur une tâche, une pensée, un point fixe dans notre champ de vision et que tout ce qui nous entoure disparaît alors (Dubois, 2021).

- La transe stuporeuse ou moyenne

L'état le plus commun de la transe hypnotique, lorsque les patients sont connectés avec les thérapeutes et répondent aux suggestions (Erickson et al., 1948). Le patient est passif, nous pouvons observer un ralentissement psychologique et physiologique ainsi que des réponses hésitantes et incomplètes. Cela peut être défini par « un état d'absorption stuporeuse dans un sommeil sans désir, sans intérêt, sans sensation, et sans ne penser, ressentir, percevoir rien d'autre qu'un sommeil stuporeux, léthargique, sans fin, hors du temps » (Dubois, 2021).

- La transe somnambulique ou profonde

L'état où les yeux des patients peuvent être ouverts et où ils peuvent parler et agir comme s'ils étaient éveillés, tout en répondant de manière hypnotique aux suggestions du thérapeute (Erickson et al., 1948). Ils peuvent progressivement retrouver la capacité de penser, de bouger, de ressentir et de réagir mais seulement dans la

mesure exacte requise par les directives du praticien. Des phénomènes d'écritures automatiques ou d'amnésie totale ultérieure peuvent se produire dans cet état (Dubois, 2021).

2.6 Indication en odontologie

2.6.1 L'anxiété

Il est bien connu que la consultation dentaire peut générer chez de nombreux patients une anxiété importante. Or, cette même anxiété est un frein à la consultation. Une étude réalisée en 2007 en France (Nicolas et al., 2007) a montré que sur un échantillon de 2725 personnes :

- 13,5% se considèrent modérément anxieux ou très anxieux des soins dentaires ;
- 19% évitent les soins dentaires ;
- 7% ont déjà annulé un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste.

L'hypnose permet d'effectuer un travail préalable aux soins dentaires afin de diminuer le stress généré par le chirurgien-dentiste et ses instruments et ainsi faciliter le bon déroulement de la prise en charge (Prieur, 2010).

L'hypnose peut être associée à une sédation consciente avec un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) afin de potentialiser l'action de ce dernier et permettre une meilleure prise en charge des patients anxieux, notamment les enfants. Les deux techniques entraînent un effet similaire mais usent de processus différents. Ils sont donc complémentaires lorsqu'un des deux semble compliqué à mettre en place ; par exemple dans le cas d'un enfant ayant du mal à respirer (Wolikow, 2005).

2.6.2 L'anesthésie

Que ce soit pour les pathologies ou la prise en charge de ces dernières, la douleur est une notion intimement liée à la dentisterie dans l'imaginaire collectif.

Trois types d'hypnose existent afin de permettre une anesthésie (Khouader Petit, 2018) :

- l'hypnose classique ou simple qui consiste seulement à emmener le patient dans un état de transe légère afin de permettre le « lacher-prise » et la relaxation. Ce type d'hypnothérapie sciera au patient légèrement anxieux (Khouader Petit,

2018). En effet, de nombreuses études ont démontré la corrélation entre un niveau d'anxiété élevé et la perception accrue de la douleur, d'où l'intérêt de détendre le patient au maximum (Tang et Gibson, 2005) ;

- l'hypnoanalgésie qui consiste à modifier, diminuer voir faire disparaître les sensation de douleur en usant de l'hypnose (Bioy et Célestin-Lhopiteau, 2020) ;
- l'hypnosédation qui consiste à l'usage de l'hypnose en association à la sédation consciente intraveineuse (faible dose de narcotique et de morphinique) et une anesthésie locale ou locorégionale. Bien que beaucoup utilisée au bloc opératoire, cette dernière peut-être mise en place au cabinet dentaire en remplaçant l'injection de narcotique par l'utilisation du MEOPA (Bioy et Célestin-Lhopiteau, 2020).

2.6.3 Le réflexe nauséeux

Que ce soit lors de la prise d'empreinte ou la réalisation de radiographie, l'insertion d'objet dans la cavité orale peut causer un haut-le-cœur ou des nausées chez des patients plus ou moins sensibles (Bourassa et al., 2020). L'usage de l'hypnose peut permettre de lutter contre la sensation d'inconfort ou de malaise en induisant un relâchement des muscles (Prieur, 2010).

2.6.4 Le saignement

Lors de chirurgie, le saignement abondant peut être une source de nuisance dans le bon déroulé de l'intervention. L'hypnothérapie peut servir alors à diminuer le flux sanguin (Roberts, 2006).

2.6.5 Le débit salivaire

Dans le cas d'hypersalivation ou alors au contraire dans le cas de xérostomie, l'usage de l'hypnose peut avoir un impact sur la salivation (Roberts, 2006 ; Prieur, 2010).

2.7 Contre-indication

La seule réelle contre-indication de l'usage de l'hypnose concerne les patients ayant des problèmes psychiatriques. Cela pourrait entraîner « des phénomènes de décompensations psychiques » c'est-à-dire une rupture de l'équilibre psychologique de la personne (Dubois, 2021).

3 L'hypnose conversationnelle

3.1 Définition

L'hypnose conversationnelle ou communication hypnotique est une forme d'hypnose basée sur l'usage particulier du langage afin de guider inconsciemment le patient vers un objectif fixé (Barbier et al., 2020).

Des suggestions indirectes sont disséminées, çà et là, aux détours d'une tournure de phrase, d'un choix de mots afin d'amener, subtilement mais réellement, le patient dans un état de transe, la plus légère soit elle (Bioy, 2014).

A l'inverse de l'hypnose formelle, où l'hypnothérapeute dicte la conduite du patient du début à la fin, ici le thérapeute doit saisir en vol les pensées du patient et les rediriger vers là où il le souhaite.

Pour simplifier cela, il est possible de comparer l'hypnose formelle à un train dirigé par l'hypnothérapeute qui circule d'un point A à un point B. Les passagers, étant les patients, sont conscients de leur itinéraire. *A contrario*, l'hypnose conversationnelle peut être assimilée plutôt à une barque dirigée par le patient. Ce dernier croit choisir là où il se dirige alors qu'en réalité ce sont les courants marins qui le portent (Short, 2018).

3.2 Historique

Avant d'être catégorisé formellement comme de l'hypnose conversationnelle, ce procédé hypnotique correspondait juste à une des facettes de l'hypnose pratiquée par Milton H. Erickson. Ce dernier n'usait de l'hypnose formelle, c'est-à-dire de l'hypnose directe, que dans 40% des consultations. Dans 60% des cas, il n'usait que des mots et son phrasé pour emmener ses patients et leur transmettre des suggestions indirectes. Au fil du temps, il a consacré une grande part de ses recherches sur l'aspect hypnotique de la communication. De plus, du fait de l'aggravation de son état de santé, il ne pouvait se mouvoir correctement et donc a dû reposer sa thérapie principalement sur son art oratoire (Vacquié, 2019).

3.3 Principes fondamentaux

3.3.1 Concentration

L'un des enjeux majeurs de l'hypnose conversationnelle est de gagner l'attention du sujet. L'hypnotiseur va plonger le sujet dans une concentration intense et le maintenir dans un état d'absorption. Il faut éliminer toutes les distractions pour que cela fonctionne. Le patient doit être emmené dans une bulle, loin de son environnement actuel. La concentration doit être d'une durée et d'une intensité telle que la perception de la réalité doit commencer à être floue (Short, 2018).

3.3.2 Engagement de l'inconscient

Le but de l'hypnose conversationnelle est de parvenir à engager l'inconscient dans notre conversation. Tout est mis en place pour faire parvenir un message au subconscient du patient, sans que ce dernier ne le ressente. Contrairement à l'hypnose traditionnelle, l'hypnose conversationnelle utilise des méthodes d'engagement subtiles qui sont personnalisées et réalisées sur mesure. Elles dépendent de ce que le patient nous livre. Nous devons donc prendre en compte le passé du patient, sa méthode de pensée et les caractéristiques de son imagination. En fonction de cela, il sera possible d'élaborer une stratégie afin distraire la conscience du patient et entrer en contact avec son inconscient (Short, 2018).

3.3.3 Suggestions

Après avoir atteint l'inconscient, l'étape suivante consiste à lui suggérer un propos, une idée ou une action. La suggestion n'est pas un ordre, elle s'apparente plus à un conseil, une demande, une requête. Si au fond de lui, le patient est contre ce qu'on lui propose, il n'acceptera pas les suggestions (Vacquié, 2019).

L'hypnose traditionnelle s'appuie principalement sur l'utilisation de la suggestion verbale directe, tandis que l'hypnose conversationnelle s'appuie davantage sur la suggestion indirecte (verbale et non verbale) (Short, 2018).

3.4 Processus

Contrairement à l'hypnose classique qui suit un chemin tracé avec plusieurs étapes : l'entretien préalable, l'induction, l'état de transe (dissociation, approfondissement) et enfin le réveil (Dubois, 2021), l'hypnose conversationnelle, elle, n'a pas de schéma précis. D'une part, le but n'est pas d'induire une transe obligatoirement, d'autre part, il

n'y a pas de moment clair et précis du début ou de la fin de l'induction. Le but de l'hypnose conversationnelle est justement que le patient ne se rende même pas compte qu'une induction a lieu. Pour ce dernier, la séance n'a été qu'une simple conversation (Leplus-Habeneck, 2021).

Nous allons donc plutôt détailler quels éléments il faut prendre en compte et mettre en place afin de faire de cette conversation une réussite.

3.4.1 Écoute et observation

Comme expliqué plus haut dans ce manuscrit, la communication est plurielle et use de différents canaux sensoriels pour opérer. Le patient qui entre dans un cabinet dentaire et que nous installons sur le fauteuil nous adresse déjà un nombre de messages incalculables qu'il faut savoir décoder. De la démarche du patient, à son expression faciale, en passant par la manière dont il va nous dire « bonjour » et comment il prend place sur le fauteuil, ce sont tant de signaux à analyser. De plus, en s'entretenant avec le patient, ce dernier va nous transmettre ses requêtes, le but de la consultation mais là encore, il faudra savoir lire entre les lignes (Barbier et al., 2020).

Milton H. Erickson insistait énormément sur l'observation, on lui tient comme propos « Observer, Observer, Observer » (Garden-Brèche et Desanneaux-Guillou, 2014).

3.4.2 Un ton adapté

En conséquence du recueil de toutes ses informations, le chirurgien-dentiste pratiquant l'hypnothérapie pourra alors choisir l'approche la plus appropriée afin d'emmener le patient à un lâcher prise. Il adaptera alors son discours afin d'atteindre son but.

- Le positionnement du discours

En fonction du message que nous souhaitons transmettre, le ton utilisé par le praticien sera différent (Barbier et al., 2020) :

- la position haute : c'est la position de domination, le praticien possède l'ascendant sur le patient, il dicte l'entretien. Elle correspond à une relation paternaliste où le soignant possède le savoir et l'autorité ;
- la position basse : elle correspond à l'exact contraire de la position haute. Dans ce cas, le patient prend les rennes de la conversation, le praticien s'efface et se soumet ;

- la position intermédiaire : ici, le praticien joue avec les postures. Tantôt leader, tantôt suiveur, il alterne les positions hautes et basses afin d'animer la conversation.

3.4.3 Les techniques de communication hypnotique

- Communication positive

Cette technique consiste à porter la communication dans une dimension empathique et douce. Tout est fait pour mettre en valeur le positif et mettre de côté le négatif, mettre en valeur la réussite et éclipser les risques. Le patient doit entrevoir uniquement les gains possibles. Le but étant d'amener le patient à oublier ses pensées anxiogènes (Etienne, 2021).

Règle à suivre (cf. Annexe 1, 2,3) :

- parler à l'affirmatif ;
- choisir des mots positifs.

Exemples :

- ne pas utiliser les termes « anesthésie » et « piqure » et dire plutôt « nous allons endormir tout cela », « nous allons commencer par vous soulager » ;
- ne pas dire « arracher une dent » qui a une connotation brutale et violente mais utiliser plutôt « enlever, extraire » ;
- éviter les verbes ouvrants des possibilités négatives : essayer, tenter.

- Langage métaphorique et imagé

Ici il n'y a pas vraiment de technique a proprement parlé mais plus l'usage d'un discours moins réaliste et plus aérien grâce à l'usage de métaphore, d'analogie, d'anecdote et d'histoire (du *storytelling*).

L'analogie consiste à relier deux notions qui de prime à bord n'ont aucun lien (Vacquié, 2019). Exemple : « Les soins dentaires, c'est comme le saut en parachute, le plus dur c'est de se lancer ».

L'usage de métaphore permet à l'imagination de se réveiller et d'user son plein potentiel. Grâce à cela, des notions, nécessitant de long développement afin d'être traité, peuvent être exploré rapidement et bien plus simplement (Barbier et al., 2020).

Une métaphore connue est celle du ruisseau. Elle permet de faciliter le lâcher prise et de libérer le trop plein de stress et d'anxiété. Pour cela, il faut faire imaginer un ruisseau au patient. Cependant, au bout de ce ruisseau, il y a un amas de débris de bois et de feuilles mortes qui empêche l'écoulement fluide de l'eau. On demande alors au patient de libérer le ruisseau en retirant le barrage. En faisant cela, le patient va se libérer mentalement d'un poids (Etienne, 2021).

- Anticipation positive

Cette technique consiste à pousser le patient à envisager un avenir radieux mais réaliste. Le praticien pousse le patient à anticiper le bon déroulé des soins. Le patient doit s'imaginer après les soins, soulagé et heureux des résultats. Cette technique conviendra à des patients appréhendant un geste, une intervention, ou un examen (Etienne, 2021).

Règle à suivre :

- définir des objectifs mesurables et cohérents ;
- pousser les émotions positives durant tout le travail.

- Suggestion négative paradoxale

Cette technique se base sur un principe simple : dans une phrase possédant de la négation, l'individu visé n'entendra pas la négation et se concentrera que sur le contenu de la phrase. Par exemple, dans la phrase « vous n'aurez pas mal », le patient retiendra uniquement le mot « mal ». Il est donc conseillé de parler à l'affirmatif et de dire par exemple « vous aurez d'éventuel sensibilités » (Etienne, 2021).

Au contraire, pour mettre l'accent sur un principe et attirer l'attention du patient, il est possible d'utiliser la négation à notre avantage et même d'user de double négation.

Par exemple, si le praticien dit au patient : « Je vous demande de ne pas penser à votre respiration et de ne pas essayer de ne pas contrôler votre souffle ». Le patient sera déstabilisé par l'usage de la négation et de la double négation, il lui faudra un temps pour comprendre ce que le praticien souhaite dire. Durant ce laps de temps, le patient pensera justement à respirer et à contrôler son souffle.

- Yes-set

Cette technique est aussi nommée « séquence d'acceptation ». Elle consiste à faire accepter au patient une succession de truisme, c'est-à-dire des évidences, des vérités

générales, pour ensuite lui faire accepter ce que nous lui suggérons. Cela permet de transmettre et de faire intégrer subtilement une idée (Vacquié, 2019).

Règle à suivre (Etienne, 2021) :

- ne pas rentrer dans les détails en énonçant les truismes afin de ne pas augmenter les résistances ;
- enchaîner plusieurs truismes ;
- marquer un temps d'arrêt à la fin de l'énonciation d'un truisme afin que le patient intègre les évidences.

Exemple d'un dialogue avec un patient qui vient consulter pour une douleur dentaire et se plaint d'être anxieux :

- « Docteur, je vous avoue que j'ai une phobie du dentiste.
- L'idéal pour vous serais donc que vous soyez détendu pendant le soin ?
- Effectivement ce serait le mieux.
- De toute façon, nous sommes toujours plus détendu avec une respiration calme et posée non ?
- Oui.
- Je suppose en plus que lorsque vous souhaitez que quelque chose soit bien réalisé, vous ne demandez de l'aide qu'à des professionnels expérimentés ?
- Oui.
- Dans ce cas, je vais vous demandez de fermer les yeux et de ne prêter attention qu'à ma voix. »

- Choix illusoire

Comme son nom l'indique, cette technique consiste à proposer plusieurs propositions au patient tout en sachant que peu importe son choix, *in fine*, cela ne changera rien à notre décision thérapeutique. Cela permettra de mettre en confiance le patient, en lui donnant l'illusion qu'il a son mot à dire dans la thérapeutique et que ses choix ont un impact. Il n'est pas soumis mais décisionnaire (Etienne, 2021).

Exemples :

- « Préférez-vous que l'on commence les soins maintenant ou dans trente secondes ? »
- « Voulez-vous que votre dent s'endorme lentement ou rapidement ? »

- Confusion

Cette technique a pour objectif premier de déconcerter le patient et faire déchanter ses processus mentaux. Cela permet de créer un effet de surprise et diriger petit à petit le patient vers la suggestion que l'on souhaite qu'il intègre (Etienne, 2021).

Cette surprise peut être instaurée par des tournures de phrases singulières, des idées contraires, des inversions ou des lapsus (Vacquié, 2019).

Exemple issue de « la boîte à outils de l'hypnose dans les soins » de Rémi Etienne (Etienne, 2021) :

- « Bonjour, je me prénomme Paul je suis l'infirmier qui va réaliser votre soin.
- Bonjour monsieur... je dois vous prévenir que j'appréhende vraiment les piqûres.
- C'est tout à fait normal d'appréhender l'examen mais nous allons faire en sorte que tout se passe le plus tranquillement possible. Pendant que je m'installe, serait-ce possible de me parler un peu de vos passions ?
- Oui bien sûr, j'adore l'escalade... Je pratique surtout en club avec des amis... Je grimpe deux fois par semaine et j'avoue que ça m'aide beaucoup à décompresser, je ne vois pas le temps passer...
(Juste avant d'effectuer le prélèvement)
- Le temps passe plus vite en haut ou en bas du mur d'escalade ?
- Pardon ? !
(À ce moment l'infirmier réalise la prise de sang)
- La question du temps c'était surtout pour le soin...
- J'avoue que je n'ai rien senti du tout.
- Très bien... Lors d'un prochain soin n'hésitez pas à vous reposer cette question. »

- Saturation verbale

Cette technique consiste à détourner l'attention du patient en le saturant de propos. Elle permet de focaliser l'attention du patient sur ce que le praticien dit et non sur ce qu'il fait. Cette méthode est généralement utilisée durant les phases critiques telles que l'anesthésie (Etienne, 2021).

Deux méthodes peuvent être utilisées : soit avoir un flow de parole continu, soit poser toute une série de questions au patient (Vacquié, 2019). Des questions qui n'ont pas de rapport avec le soin, l'examen à réaliser. Dans le cas du chirurgien-dentiste, il va

de soi que les réponses aux questions peuvent être difficiles à obtenir lorsque le patient possède un instrument en bouche.

- La ratification

Cette technique consiste à décrire de manière exactement synchrone ce que l'on voit. Si un patient réalise un geste, le praticien va énoncer ce geste à haute voix en même temps que celui-ci soit réalisé. Cela permet au patient d'entendre et ressentir en même temps ce qu'il fait. Il intègre alors la voix du praticien comme étant sienne. Le thérapeute et le patient sont alors synchronisés (Vacquié, 2019).

Par exemple, le chirurgien-dentiste et le patient discutent. Le patient gratte alors sa jambe. En même temps que le patient se gratte, le chirurgien-dentiste dit au patient : « Vous vous grattez la jambe ! » (Vacquié, 2019).

- Le saupoudrage

Cette technique consiste à accentuer certains mots, certaines phrases dans un discours. En mettant en exergue un mot au lieu d'un autre dans une même phrase, le sens de cette dernière, ou en tout cas ce que le patient en retient, peut changer grandement (Vacquié, 2019).

Dans son ouvrage, *Coacher avec l'hypnose conversationnelle*, Luc Vacquié explique ce procédé avec l'exemple suivant. Dans la phrase : « je ne sais pas de quelle manière votre comportement va changer », l'accentuation peut être placée à différents endroits :

- **Je ne sais pas** de quelle manière votre comportement va changer.
- Je ne sais pas **de quelle manière** votre comportement va changer.
- Je ne sais pas de quelle manière **votre comportement va changer**.

Dans la dernière phrase, une suggestion indirecte est envoyée au patient : « votre comportement va changer ! ».

Le saupoudrage peut être réalisé par différents moyens :

- par le paraverbal : insistance sur mot, changement de ton, changement de tempo, création d'un silence avant ou après ;
- par le non verbal : réaliser un geste, un mouvement au moment de prononcer le mot, le propos.

- La « safe place »

Cette technique consiste à pousser le patient à imaginer un endroit, réel ou fictif, où il se sent en sécurité et protégé. Le but est de l’emmener à le décrire de plus en plus précisément pour que la réalité et l’imaginaire se superposent. Le patient pourra s’y « réfugier » lors de soins anxiogènes pour se détendre et se relaxer.

Pour que l’immersion soit parfaite, le patient doit travailler sur tous les sens existants, de l’olfactif au toucher en passant par l’ouïe. Le chirurgien-dentiste doit servir de guide dans la découverte de ce lieu sûr. À force de pratique, le patient pourra s’y conduire seul sans être guidé et pourra user ce refuge dans la vie quotidienne en cas de situation stressante (Etienne, 2021).

3.4.4 Usage de l’hypnose conversationnelle en santé

Comme l’explique Daniel Short dans son article (Short, 2018), il y a un manque criant de littérature sur l’hypnose conversationnelle, d’autant plus concernant son usage en odontologie. Cela peut être expliqué par le caractère relativement jeune de l’hypnose conversationnelle par rapport aux autres types d’hypnoses.

Il existe cependant un certain nombre d’études démontrant l’intérêt de l’hypnose conversationnelle, notamment dans la prise en charge de l’anxiété et de la douleur.

Il semblerait que l’usage de l’hypnose conversationnelle permet d’augmenter le confort et le tonus parasympathique du patient durant une anesthésie régionale. C’est-à-dire qu’il est possible de constater un ralentissement des fonctions de l’organisme, signe d’un certain calme et d’une baisse de l’anxiété (Boselli et al., 2018).

D’autre part, il a été démontré que l’hypnose conversationnelle peut réduire l’anxiété des patients durant des procédures invasives. D’autre part, il y aurait une accélération de la sédation donc un effet de l’anesthésie bien plus rapide (Izanloo et al., 2015).

Cependant l’usage de la communication hypnotique ne permettrait pas de réduire la consommation d’agent anesthésique (Bataille et al., 2017).

4 Mise en pratique

Afin d'illustrer l'utilisation de l'hypnose conversationnelle dans des situations cliniques d'odontologie, nous avons réalisé trois séquences vidéo montrant le déroulement d'une première consultation, d'un détartrage et d'une avulsion, à chaque fois abordé avec une communication positive puis avec une communication négative.

Des scripts types sont proposés dans ce manuscrit, les vidéos réalisées étant légèrement différentes du fait de la liberté du jeu d'acteurs.

Un QR code est joint à chaque scénario pour pouvoir visionner la vidéo associée.

4.1 Scénario première consultation

4.1.1 Communication positive

D – (Va chercher le patient en salle d'attente). Bonjour Mr/Mme X.

P – Bonjour.

D – Je suis le Dr. X, enchanté ! (mot positif)

P – Enchanté docteur.

D – Comment allez-vous ?

P – Bien, même si un peu stressé je l'avoue...

D – Tout va bien aller (anticipation positive), vous allez voir ! C'est par ici (guide le patient et le fais entrer).

D – (Se met à la hauteur du patient). Vous pouvez mettre vos affaires là. Aujourd'hui, nous allons surtout faire connaissance et tout faire pour que vous repartiez d'ici avec le sourire (anticipation positive). Pour ça, installez-vous déjà sur le fauteuil, mettons-nous à l'aise (communication positive) !

P – (S'installe).

D – (Réajuste la tête). Vous êtes confortablement (mot positif) installé ?

P – Oui, c'est bon merci.

D – Avant de commencer, il va falloir que l'on fasse un peu mieux connaissance pour que je vous soigne dans les meilleures conditions (anticipation positive) ! Vous avez normalement rempli un questionnaire en salle d'attente, je vais le consulter (lis le questionnaire). Une personne en bonne santé, parfait (communication positive) !



D – Dites-moi, en quoi puis-je vous aider ?

P – Cela fait longtemps que je ne suis pas allé voir un dentiste, il faudrait faire un bilan, j'ai des sensibilités sur certaines dents et il y a des taches noires qui m'inquiètent. J'ai peur d'avoir des caries...

D – Je vous rassure (**mot positif**), nous sommes tous pareils (**identification possible**), on n'aime pas de trop aller voir le dentiste (**négation usée à bon escient, le cerveau n'entendant pas la négation, il entend « on aime trop aller voir le dentiste »**). Je vais à présent vous allonger afin de regarder vos dents (**allonge le patient**). Ça va si je vous allonge ainsi ?

P – Oui, ça va !

D – Alors commençons.

D – Effectivement, je constate la présence de quelques caries mais aussi une dent, la dernière au fond en bas à gauche, trop cariée sous la gencive, qui me semble non conservable, dont il faudrait se séparer (**« séparer » au lieu « d'avulser »**).

P – On va l'enlever aujourd'hui docteur ?!

D – Non, rassurez-vous ! Je vois que vous n'êtes pas confiant pour cette avulsion. Je préfère donc qu'aujourd'hui, nous apprenions à nous connaître et que nous faisons le bilan sur votre situation. Je vous propose que l'on réalise une radiographie panoramique, c'est-à-dire une radiographie complète de votre bouche pour que l'on ait une vision globale. Cela vous convient-il ?

P – Oui, d'accord...

D – Pour ce faire, vous allez me suivre s'il vous plaît.

(**Le dentiste et le patient se dirige vers la salle radio**).

D – (**Installe le patient**). L'appareil va tourner autour de vous. Il vous suffira de rester immobile le temps de la radiographie. Avez-vous tout compris ?

P – (**Acquiesce**).

D – (**Sort et actionne l'OPT**). Voilà c'est fini vous pouvez sortir et me suivre.

P – (**Le patient se réinstalle sur le fauteuil**).

D – Donc vous voyez sur la radiographie la présence de carie ici, ici et là (**pointe les caries**) et là, c'est la dent comme vous voyez qui n'est pas en bon état. Pour compléter cet examen, il faudrait que je réalise d'autres clichés complémentaires en bouche. Je

vais donc vous demander de mordre sur ceci (montre l'angulateur) et de rester immobile le temps de la radiographie.

P – D'accord, pas de soucis.

D – (Met en place l'angulateur). Mordez s'il vous plaît (le patient mord). Parfait (ratification), ne bougez plus (déclenche la radio). Parfait, plus que deux et nous avons finis (réalise les autres rétro-alvéolaires). Donc vous voyez, sur ces dents, il y a bien la présence de caries. Je vous propose que l'on se revoie pour les soigner, afin d'éviter qu'elles ne progressent trop. Quand celles-ci seront soignées, nous nous occuperont de la dent dont il faudra vous séparer.

P – Ok...

D – Avez-vous bien tout compris ? Avez-vous des questions sur les prochains rendez-vous ?

P – (Pose les questions ou explique qu'il a tout compris).

D – Vous préférez que l'on fixe le rendez-vous ensemble ou vous voyez cela avec ma secrétaire (choix illusoire/ un rdv sera fixé dans tous les cas) ?

P – Je vais prendre rendez-vous avec votre secrétaire, merci.

D – D'accord, et bien écoutez, voilà. C'est un premier pas réussi vers une bouche en bonne santé (anticipation positive), maintenant il faut que l'on continue sur cette lancée (communication positive) ! Je vous raccompagne... Bonne journée, à bientôt.

4.1.2 Communication négative

D – (Va chercher le patient en salle d'attente, sans sourire ni sympathie). Mr/Mme X

P – (Se lève). Oui.

D – (Tourne le dos au patient et se dirige dans son cabinet sans attendre le patient).

P – (Suit le dentiste).

D – (S'assoit et pianote sur son ordinateur, parle avec sa secrétaire). Christine, pourriez-vous gérer le devis de M. Durand ? (désintérêt de la patiente prise en charge)

P – (Attend debout un certain temps). Je peux m'asseoir ?

D – (Se retourne). Oui oui, allez-y.



D – Bon, vous êtes malades (mot négatif) ? Vous prenez des médicaments ? Vous avez des allergies ?

P – Non.

D – Qu'est ce qui se passe ?

P – J'ai des douleurs depuis quelque temps et j'ai vu apparaitre des taches noires qui m'inquiètent...

D – Ouvrez grand pour que je regarde (ausculte le patient). Ah oui ... Effectivement, il y a des caries et une dent qu'il faut arracher (mot négatif). En plus, elle est bien cariée... J'imagine que cela fait longtemps que vous n'avez pas consulté ? (suggestion directe d'un manque de sérieux de la patiente, de sa responsabilité face à ce mauvais état bucco dentaire)

P – Oui, c'est vrai...

D – Bon, on va faire une radiographie panoramique pour faire un bilan complet. Suivez-moi s'il vous plaît.

(Le dentiste et le patient se dirige vers la salle radio).

D – Installez-vous là (place le patient et l'installe). Maintenant ne bougez pas (sort de la pièce et déclenche la radio). Ok, on peut retourner au fauteuil maintenant.

P – (S'installe sur le fauteuil).

D – (Montre la radio panoramique). Vous voyez vous avez de grosses caries là, là et là. Et ici c'est la dent qu'il faut arracher parce qu'elle est en mauvais état. Elle va vous faire mal (mot négatif) si ça continue.

P – On doit faire les soins aujourd'hui ?!

D – Non je n'ai pas le temps aujourd'hui (manque de professionnalisme). J'ai juste prévu un créneau rapide pour vous voir (la patiente peut percevoir cela comme une consultation rapide, non qualitative). On va quand même faire des radiographies en bouche pour mieux voir ce qu'on fera la prochaine fois.

P – Ok...

D – (Place l'angulateur en bouche sans expliquer au patient). Serrez les dents. Ok, ne bougez plus (sors et déclenche la radio). Ok, encore deux et c'est bon (réitère le processus).

D – Ok c'est tout bon. Pour aujourd'hui c'est fini. La prochaine fois il faudra qu'on arrache cette dent (**mot négatif**) et qu'on soigne les caries. Je vous laisse prendre rendez-vous avec ma secrétaire (**raccompagne le patient**). Bonne journée.

4.2 Scénario Détartrage

4.2.1 Communication positive :

D – (**Va chercher le patient en salle d'attente**). Bonjour Mr/Mme X.

P – Bonjour.

D – Comment allez-vous ?

P – Bien, même si un peu stressé je l'avoue...

D – Tout va bien aller, rassurez-vous ! (**anticipation positive**) C'est par ici (**guide le patient et le fais entrer**).

D – (**Se met à la hauteur du patient**). Vous pouvez mettre vos affaires là. Aujourd'hui nous allons faire le détartrage, vous repartirez avec des dents toutes propres ! (**Anticipation positive**). Pour cela, installez-vous déjà sur le fauteuil, mettons-nous à l'aise (**communication positive**) !

P – (**S'installe**).

D – (**Ajuste la tête**). Vous êtes confortablement (**mot positif**) installé ?

P – Oui, c'est bon. Merci.

J'avoue que j'ai une peur bleue des dentistes. J'ai eu des expériences traumatisantes, c'est pour cela que je ne consulte pas régulièrement comme je vous l'ai expliqué lors du dernier rendez-vous.

D – Je me souviens que vous me l'aviez expliqué la dernière fois (**empathie/ la patiente se sent écoutée**). C'est très bien que vous reveniez dans un parcours de soins, je ne peux que vous encourager en ce sens (**gratification**). Je vous garantis que je ferais au mieux pour vous réconcilier avec les dentistes (**anticipation positive**). Aujourd'hui nous allons réaliser le détartrage. Pour ce faire, ce que je vous propose, c'est que vous fermiez les yeux et que vous n'écoutez plus que le son de ma voix.

P – (**Ferme les yeux**).



D – Nous allons procéder maintenant au détartrage. Si vous n'étiez pas chez le dentiste aujourd'hui, où aimeriez-vous être ? (safe place).

P – Je me verrais bien à la plage avec le bruit des vagues.

D – Très bien, alors allez y pendant le détartrage. Si vous souhaitez que l'on fasse une pause, levez la main et je m'arrêterai.

P – D'accord.

D – (Démarre le détartrage). Tout se passe bien ?

P – (Nous signifie que oui).

D – (Termine le détartrage). C'est fini. Alors comment cela s'est-il passé ? (bienveillance)

P – Bien mieux que ce je pensais...Je n'ai rien senti...

D – Ah et bien je suis content ! C'est le sentiment que vous aurez toutes les fois suivantes ! (Anticipation positive). On se revoit dans 6 mois pour une visite de contrôle ?

P – Oui, bien sûr.

D – Et bien bonne journée et à bientôt.

4.2.2 Communication négative :

D – (Va chercher le patient en salle d'attente). Mr/Mme X.

P – Oui.

D – Suivez-moi s'il vous plait (se retourne et rentre dans son cabinet).

D – Poser vos affaires ici (en montrant le porte manteau avec dédain).

P – (Pose ses affaires).

D – Installez-vous sur le fauteuil.

P – (S'installe sur le fauteuil).

D – Bon, on est parti pour le détartrage, ouvrez grand la bouche et surtout ne bougez pas. (position haute)

P – Ça va faire mal docteur ?

D – Non ça fait pas mal (reprise d'un mot à connotation négative). Juste laissez-moi faire (commence le détartrage).



P – (Serre le fauteuil et sursaute).

D – (Agacé et impatient). Vous êtes extrêmement stressé comme patient dites donc... (absence d'empathie/dévalorisation) Ne bougez pas s'il vous plaît.

P – Désolé.

D – Bon, on reprend (reprend).

P – (Fais la grimace).

D – Bon, qu'est ce qui se passe encore ? (suggestion directe au patient qu'il énerve le dentiste/ de la difficulté de le prendre en charge/ la patiente est renvoyée à sa faiblesse) Vous avez mal (mot négatif)?

P – Non, mais c'est désagréable...

D – Je fais au plus vite (la patiente peut penser de ce fait que le détartrage sera mal fait), mais je dois faire mon travail (position haute), il y a beaucoup de tartre.

D – (Termine le détartrage). On a fini... Cela se passe tout le temps comme ça vos détartrages ? (place la patiente en position basse+++/ dépréciation de la patiente)

P – Oui, j'ai de grosses sensibilités.

D – Bon revenez tous les 6 mois pour un contrôle et un détartrage, ce sera très bien. (Absence d'empathie).

P – D'accord.

D – Bonne journée.

P – Au revoir.

4.3 Scénario avulsion

4.3.1 Communication Positive :

D – (Va chercher le patient) Mr/ Mme X, bonjour, on peut y aller.

P – Bonjour.

D – Voilà entrez, mettez-vous à l'aise. Vous avez le porte manteau juste à votre droite.

P – (Pose ses affaires).

D – Installez-vous, je vous en prie.

P – (S'installe, les instruments ont été préparé sur le plan de travail derrière le fauteuil, recouvert d'un champ opératoire pour que le patient ne puisse pas les voir).

D – Aujourd'hui nous allons nous occuper de cette petite dent. Effectivement, comme je vous l'avais expliqué la dernière fois, il va falloir s'en séparer car elle n'est plus en forme olympique (usage de la négation à bonne escient, la patiente entend « en forme olympique »). On va commencer à appliquer une crème avant de mettre le produit qui va diffuser dans la gencive et permettre ainsi à la dent de devenir indolore. Cela me permettra de travailler dans de bonnes conditions (anticipation positive).

Pour ce faire, je vais vous demander de vous installer confortablement et d'ouvrir grand la bouche.

P – (Ouvre la bouche).

D – Si vous n'êtes pas parfaitement confortable n'hésitez pas à lever la main gauche pour me le signifier. Si vous le souhaitez, vous pouvez fermer les yeux, laissez vos bras relâchés (saupoudrage) le long de votre corps et détendez (saupoudrage) tous vos muscles. Surtout ne pensez pas à ne pas respirer (négation paradoxale et confusion). Et maintenant vous pouvez ressentir légèrement le produit (prépare la seringue derrière le patient et garde la seringue en dehors du champ de vision du patient, puis insère l'aiguille) et la gencive commence à s'adapter...peut être comme un ballon ou alors comme une montgolfière... (métaphore) tranquillement... calmement... concentrez-vous sur votre respiration, conservez un rythme calme... (saturation verbale).

Voilà maintenant, nous allons pouvoir commencer. Je vais tout d'abord faire le tour de votre dent pour m'assurer que le produit ait fait l'effet escompté. Rassurez-vous, il est normal que vous sentiez que je travaille (prend le syndesmotome et fait la



syndesmotomie, s'assure de rester en dehors du champ de vision du patient avec l'instrument et ne fais pas de mouvement brusque). Tout se passe bien Mr/Mme ?

P – Oui, ça va.

D – N'hésitez pas à lever la main pour m'interrompre si besoin. (attitude permissive)

D – Maintenant je vais mobiliser votre dent (dent parodontale simple à avulser). Vous allez sentir qu'elle bouge petit à petit (prend un davier et avulse la dent), de plus en plus, de mieux en mieux (saturation). Et voilà tout s'est bien passé. Maintenant il faut bien nettoyer la gencive pour qu'elle cicatrise convenablement (réalise le curetage). Voilà, c'est parfait (mot positif). Mordez sur cette compresse s'il vous plaît (place la compresse en bouche et fais mordre le patient). Je vais maintenant vous rasseoir (relève lentement le patient). Prenez bien le temps avant de vous relever, nous ne sommes pas pressés.

P – (Après avoir pris le temps, il se lève).

D – Durant les jours à venir, voici les recommandations à suivre SVP (explique les recommandations). Avez-vous bien compris ?

P – Oui, Docteur.

D – Et bien écoutez, nous avons terminé. Je vous souhaite une très bonne journée.

4.3.2 Communication négative :

D – (Va chercher le patient en salle d'attente) Mr/Mme X.

P – Oui.

D – Suivez-moi svp (se retourne et rentre dans son cabinet).

D – Poser vos affaires ici (en montrant le porte manteau avec dédain).

P – (Pose ses affaires).

D – Installez-vous sur le fauteuil.

P – (S'installe sur le fauteuil, vois la seringue avec l'aiguille sur le plateau et les instruments de chirurgie sur le plan de travail).

D – Bon, on doit arracher quelle dent déjà ? C'est en haut, non ?

P – Euh... non, c'est une dent en bas... (manque de confiance).



D – Ah... euh attendez un instant (va regarder sur son ordinateur) ah oui c'est en bas...
Bon on va commencer par l'anesthésie. Ouvrez grand la bouche et ne bougez pas (prend la seringue).

P – Euh...je vous avais dit la dernière fois que j'ai un peu peur des piqûres...

D – on va faire ça vite (peu inquiéter la patiente qui peut croire que le travail sera de ce fait mal fait), ne vous inquiétez pas, je connais mon métier (position haute). Vous n'aurez pas mal (le patient n'entend que « inquiétez-vous » et « mal »).

P – Ok... (prend une grande inspiration, voit le dentiste prendre la seringue).

D – (Insère l'aiguille et injecte le produit anesthésiant).

P – (A un mouvement de recule).

D – (S'impatiente) Ne bougez pas ! Je peux vous blesser ou vous faire mal (mots négatifs).

P – (Fais la grimace).

D – Bon ça devrait dormir (le patient entend uniquement qu'il y a une possibilité que ça ne dorme pas).

D – Maintenant tournez la tête vers moi, je vais l'enlever. (ton autoritaire)

D – (Dent parodontale simple à avulser, réalise la syndesmotomie, prend le davier et avulse la dent, ne se soucie pas de cacher les instruments).

P – (N'est pas prévenu, se tend et lâche un cri) AHHHH

D – (Agacé) Quoi ? Pourquoi vous criez ?

P – Ben j'ai senti...

D – Prenez sur vous un peu ! Normalement ça devrait dormir, j'ai déjà mis beaucoup de produit anesthésique. Essayez d'être moins stressé (reprend le davier et tire).

P – (Est apeuré et sursaute à chaque mouvement).

D – Prenez sur vous, je ne peux pas finir correctement sinon. De toute façon c'est bientôt fini (d'un ton ferme) (le dentiste n'explique pas qu'il est normal de sentir et qu'il faut différencier la douleur et la sensation).

D – (Reprend le davier et finit par retirer la dent) Voilà ! C'est fini ! C'est vrai que vous avez tardé à prendre rendez-vous (position haute/ remet la faute sur le patient). Consulter régulièrement et ça vous évitera de revivre des séances pareilles (donne les recommandations). Voilà vous pouvez y aller (relève le patient). Bonne journée.

Conclusion

L'écoute, la compréhension et l'empathie sont les maîtres mots d'une relation thérapeutique que le chirurgien-dentiste d'aujourd'hui doit instaurer avec son patient. Cette communication au service de l'autre est bénéfique et permet incontestablement une réussite plus importante de la prise en charge médicale. Le patient se sent compris et intégré dans les soins, c'est une relation de réciprocité qui s'opère. Son implication et sa discipline n'en sont que renforcés. Subséquemment, cette confiance permet au praticien de s'adonner pleinement à la bonne réalisation des soins, sans devoir s'enquérir constamment des états d'âmes du patient. Tout le monde a donc à y gagner.

La pratique de l'hypnose améliore cette prise en charge humaniste en se concentrant sur la part inconsciente des individus. Une communication à deux niveaux est alors réalisée afin d'écouter et de discuter avec toutes les strates de la pensée humaine.

Bien loin du charlatanisme, nous avons montré que l'hypnose est une réponse concrète et scientifique afin d'améliorer le quotidien de la dentisterie. Parmi tous les types d'hypnoses, l'hypnose conversationnelle est peut-être le plus simple à mettre en place au cabinet dentaire. Grâce à son large éventail de technique de communication, cette dernière permet au praticien d'améliorer aisément sa prise en charge des patients anxieux.

Malheureusement, malgré son efficacité et sa simplicité de mise en place, la communication hypnotique manque d'ouvrages spécialisés sur le sujet et notamment dans le domaine de la dentisterie. Ce type d'hypnose est trop méconnu des chirurgiens-dentistes qui gagneraient à l'immiscer dans leur pratique quotidienne, tant pour leur confort que celui de leur patient.

Références bibliographiques

1. Abhang PA, Gawali B, Mehrotra S. Introduction to EEG- and Speech-Based Emotion Recognition. San Diego: Academic Press; 2016. 198 p.
2. Barbier É, Etienne R, Jammot N. Hypnose conversationnelle ou comment améliorer sa communication lors des soins. Dans : Barbier E, Rémi E, Berlemont C, Jammot N, Moreaux T. Hypnose en soins infirmiers. 2^e édition. Paris : Dunod ; 2020. p. 89-103.
3. Bataille A, Besset S, Szekely B, Michel-Cherqui M, Dumans V, Liu N, Chazot T, Fischler M, Le Guen M. Impact of a preoperative conversational hypnotic session on propofol consumption using closed-loop anesthetic induction guided by the bispectral index : A randomized controlled trial. *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96(19): e6389.
4. Becchio J, Suarez B. Histoire des neurosciences. *La lettre des neurosciences*. 2015 ; (48) : 4-8.
5. Begum T. Doctor Patient Communication: A Review. *J Bangladesh Coll Phys Surg*. 2014; 32(2): 84-8.
6. Bensing J. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med*. 1991; 32(11): 1301-10.
7. Bioy A. Communication Hypnotique. Dans : Bioy A, Célestin-Lhopiteau I. Hypnothérapie et hypnose médicale. Paris : Dunod ; 2014. p. 76-81.
8. Bioy, A. L'hypnose. Paris : Presses Universitaires de France ; 2020. 128 p.
9. Bioy A, Servillat T. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. 2^e édition. Paris : Dunod ; 2020. 288 p.
10. Boselli E, Musellec H, Bernard F, Guillou N, Hugot P, Augris-Mathieu C, et coll. Effects of conversational hypnosis on relative parasympathetic tone and patient comfort during axillary brachial plexus blocks for ambulatory upper limb surgery: a quasiexperimental pilot study. *Int J Clin Exp Hypn*. 2018; 66(2): 134-46.
11. Bourassa M, Golan H, Leclerc C. L'hypnose clinique. Escalquens : Quintessence; 2020. 279 p.
12. Brochard C. Culture de la communication. Chambéry : Le génie des glaciers ; 2014. 64 p.
13. Célestin-Lhopiteau I, Bioy A. Hypnoanalgésie et hypnosédation : En 45 notions. Paris : Dunod ; 2020. 394 p.

14. Collot É. L'hypnoanalyse. Dans : Bioy A, Michaux D. Traité d'hypnothérapie. Paris : Dunod ; 2019. p. 43-78.
15. Cosnier J, Vaysse J. Sémiotique des gestes communicatifs. *Nouv actes sémiot.* 1997 ; 52 : 7-28.
16. Dosdat AL. La place de l'hypnose dans la pratique odontologique [Thèse d'exercice]. [Nancy] : Université de Lorraine. Faculté d'odontologie ; 2014. 83 p.
17. Etienne. La boîte à outils de l'hypnose dans les soins : 60 outils clés en main. Paris : Dunod ; 2021. 224 p.
18. Garden-Brèche F, Desanneaux-Guillou S. Hypnose médicale en situation difficile. Paris : Arnette ; 2014 p.
19. Hull RH. The art of nonverbal communication in practice. *Hear J.* 2016; 69(5): 22-4.
20. Inui T, Carter W, Kukull W, Haigh V. Outcome-based doctor-patient interaction analysis : I. Comparison of techniques. *Med Care.* 1982; 20(6): 535-549.
21. Izanloo A, Fathi M, Izanloo S, Vosooghinia H, Hashemian A, Sadrzadeh S, et coll. Efficacy of Conversational Hypnosis and Propofol in Reducing Adverse Effects of Endoscopy. *Anesth Pain Med.* 2015; 5(5): e27695.
22. Jiang H, White MP, Greicius MD, Waelde LC, Spiegel D. Brain Activity and Functional Connectivity Associated with Hypnosis. *Cereb Cortex.* 2017; 27(8): 4083-93.
23. Joly B. La Communication. Bruxelles : De Boeck Supérieur ; 2009. 150 p.
24. Larousse. Dictionnaire Larousse poche. Nouvelle édition. Paris : Larousse ; 2022. 1120 p.
25. Laws MB, Lee Y, Taubin T, Rogers WH, Wilson IB. Factors associated with patient recall of key information in ambulatory specialty care visits: Results of an innovative methodology. *PLoS One.* 2018; 13(2): e0191940.
26. Leplus-Habeneck JS. Cas pratiques en hypnose pour l'éducation thérapeutique du patient. Paris : Dunod ; 2021. 7, La communication hypnotique et l'hypnose conversationnelle : une expérience écologique ; p. 72-77.
27. Levy AG, Am S, Bj ZF, Larkin K, Gd B, Fagerlin A. Prevalence of and factors associated with patient nondisclosure of medically relevant information to clinicians. *JAMA Netw Open.* 2018; 1(7): 185-293.
28. Ley P. Memory for medical information. *Br J Clin Psychol.* 1979; 18(2): 245-255.
29. Lockert O. L'hypnose humaniste. Paris : Le courrier du livre ; 2013. 255 p.
30. Meggle D. Erickson, hypnose et psychothérapie. Paris : Retz; 2005. 192 p.

31. Moreni A, Barber A. Origines et histoire de l'hypnose. *Kinesitherap. rev.* 2015 ; 15(162) : 14-9.
32. Musellec H, Bernard F. La communication dans le soin : Hypnose médicale et technique relationnelles. Paris : Arnette ; 2013. 160 p.
33. Nicolas E, Collado V, Faulks D, Bullier B, Hennequin M. A national cross-sectional survey of dental anxiety in the French adult population. *BMC Oral Health.* 2007; 7: 12.
34. Nonclercq E. Apport de l'hypnose dans l'alliance thérapeutique en odontologie [Thèse d'exercice]. [Strasbourg] : Université de Strasbourg. Faculté d'odontologie ; 1992. 86 p.
35. Nublat M, Karzabi I, Abgrall-Barbry G, Agrali S, Champsavoir M France, de Montvallon B, et coll. Améliorer l'offre de prise en charge psychologique des femmes victimes de violences. Paris : Centre Hubertine Auclert ; 2017. 35 p.
36. Ogden J, Ambrose L, Khadra A, Manthri S, Symons L, Vass A, et coll. A questionnaire study of GPs' and patients' beliefs about the different components of patient centredness. *Patient Educ Couns.* 2002; 47(3): 223-7.
37. Ong LM, De Haes JC, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med.* 1995; 40(7): 903-18.
38. Parija SC, Adkoli BV. Effective medical communication: The A, B, C, D, E of it. Singapour: Springer; 2020. 266 p.
39. Pensieri C, Delle Chiaie G, Vincenzi B, Nobile L, de Benedictis A, et coll. Doctor-patient communication tricks: Oncological study at Campus Bio-Medico University of Rome. *Clin Ter.* 2018; 169(5): 224-230.
40. Perry SW, Moffatt M, Card CA, Fishman B, Azima-Heller R, Jacobsberg LB. Self-disclosure of HIV infection to dentists and physicians. *J Am Dent Assoc.* 1993; 124(9): 51-4.
41. Pollermann, BZ. La voix de mes patients : une source importante d'informations ? *Rev Med Suisse.* 2004 ; 10(2470) : 408.
42. Roberts K. Hypnosis in dentistry. *Dent Update.* 2006; 33(5): 312-4.
43. Rosenberg S, Curtiss J. The effect of stuttering on the behavior of the listener. *J Abnorm Soc Psychol.* 1954; 49(3): 355-61.
44. Salem G, Bonvin E. Soigner par l'hypnose : approches théoriques et cliniques. Paris : Elsevier Masson ; 2012. 352 p.

45. Short D. Conversational Hypnosis: Conceptual and Technical Differences Relative to Traditional Hypnosis. *Am J Clin Hypn.* 2018; 61(2): 125-39.
46. Silverman J, Kinnersley P. Doctors' non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer. *Br J Gen Pract.* 2010; 60(571): 76-8.
47. Stewart M, Roter D. *Communicating with medical patients.* Newbury Park : Sage Publications. 1989. 41 p.
48. Tang J, Gibson S. A Psychophysical Evaluation of the Relationship Between Trait Anxiety, Pain Perception, and Induced State Anxiety. *J Pain.* 2005; 6(9): 612-9.
49. Toukap Kissougoule D. *L'auto-hypnose : un outil de développement personnel dans un parcours étudiant [Thèse d'exercice]. [Nice] : Université Cote d'Azur. Faculté de Chirurgie Dentaire de Nice ; 2021. 64 p.*
50. Vacquié L. *Coacher avec l'hypnose conversationnelle.* Malakoff : InterEditions ; 2019. 368 p.
51. Waitzkin H. Doctor-patient communication: Clinical implications of social scientific research. *JAMA.* 1984; 252(17): 2441-6.
52. Waylen A. The Importance of Communication in Dentistry. *Dent. Update.* 2017; 44(8): 774-80.
53. Williams N, Ogden J. The impact of matching the patient's vocabulary: A randomized control trial. *Fam Pract.* 2004; 21(6): 630-5.
54. Wolikow M. Hypnose et soins dentaires de l'enfant : prise en charge de la peur et de l'anxiété. Dans : Benhaïem JM. *L'hypnose aujourd'hui.* Paris : In Press ; 2005. p. 193-203.

Référence bibliographiques électroniques

55. APA div30. Definition and description of hypnosis [Internet]. [consulté le 13/02/2022]. Disponible sur : <https://www.apadivisions.org/division-30/about>
56. Cap sur la confiance. Carte du cerveau [Internet]. 2015 [consulté le 24/12/2022]. Disponible sur : <https://capsurlaconfiance.ch/mais-pourtant-javais-appris/>
57. Pitte M. Les modèles de communication [Internet]. 2019 [consulté le 29/10/2022]. Disponible sur : <https://www.espacesoignant.com/soignant/soins-relationnels/modeles-de-communication>
58. Dubois N. Intérêt de l'hypnose Elmanienne dans la pratique dentaire [Thèse d'exercice]. [Nice] : université Cote d'Azur. Faculté de chirurgie dentaire de Nice ; 2021 [consulté le 30/10/2022]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03115301>
59. En direct du labo. Différents états de conscience [Internet]. 2020 [consulté le 21/01/2023]. Disponible sur : <https://twitter.com/EnDirectDuLabo/status/1323359257555861507/photo/1>
60. Erickson MH, Rossi EL, Rosen S. Hypnotherapy: an exploratory casebook [Internet]. Irvingtob : Irvington Publishers; 1979 [consulté le 30/11/2022]. Disponible sur : <http://www.steveadampresents.com/downloads/hypnotherapy%20Casebook%20erickson%20and%20Rossi.pdf>
61. Le figaro. Activité cérébrale associée à l'hypnose [Internet]. 2016 [cité le 24/12/2022]. Disponible sur : <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2016/08/08/25277-secrets-lhypnose-se-devoilent>
62. Institut Français d'Hypnose. Qu'est-ce que l'hypnose ? [Internet]. 2022 [consulté le 13/11/2022]. Disponible sur : <https://www.hypnose.fr/hypnose/definition-hypnose/>
63. Khouader Petit N. Hypnose et chirurgie buccale : de la physiopathologie à la prise en charge pratique pré-, per-et post-opératoire [Thèse d'exercice]. [Paris] : université Paris Descartes. Faculté de chirurgie dentaire ; 2018 [consulté le 01/11/2022]. Disponible sur : <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01815347>
64. Baufays P. Les attitudes corporelles lors de la Communication Non Verbale et leurs interprétations [Internet]. 2020 [consulté le 26/10/2022]. Disponible sur : <https://www.mirebw.be/fr/blog/post/les-attitudes-corporelles-lors-de-la-communication-non-verbale-et-leurs-interpretations>

65. Maxicours. Les types, les composantes et les enjeux de la communication [Internet]. [consulté le 29/10/2022]. Disponible sur : <https://www.maxicours.com/se/cours/les-types-les-composantes-et-les-enjeux-de-la-communication/>
66. Liubov BN. Non-verbal communication skills [Internet]. Beer-Sheva : B. N. Publication House ; 2014 [consulté le 29/10/2022]. Disponible sur : <https://www.researchgate.net/publication/281784464>
67. Prieur J. Pourquoi et comment introduire l'hypnose au cabinet dentaire ? [Thèse d'exercice]. [Nancy] : université Henri Poincaré Nancy I. Faculté de chirurgie dentaire ; 2010 [consulté le 10/01/2022]. Disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738989/document>
68. Rachchad Z. Le langage non verbal [Internet]. 2021 [Consulté le 26/10/2022]. Disponible sur : <https://zakariarachchad.com/langage-non-verbal/>
69. Wikipédia. Proxémie [Internet]. 2022 [consulté le 26/10/2022]. Disponible sur : <https://fr.wikipedia.org/wiki/Prox%C3%A9mie>
70. Zeste détente. Les cinq ondes cérébrales [Internet]. 2022 [le 24/12/2022]. Disponible sur : <https://www.zestedetente.com/les-frequences-cerebrales-et-le-bain-flottant/>

Annexes

Annexe 1 : Terme à proscrire et à utiliser

A proscrire	A utiliser
Ne vous inquiétez pas	Soyez rassuré, on va bien s'occuper bien de vous
Il faut arracher la dent	La dent est non conservable, il faut s'en séparer
Vous n'allez pas avoir mal ; Vous n'aurez pas de douleur	Le soin est indolore, cela va bien se passer
Peut-être, normalement, tenter, essayer	Parler à l'affirmatif ; être sûr de soi pour rassurer le patient
Piquer, anesthésier	Mettre un produit au niveau de la gencive afin que le soin se passe le plus tranquillement, sereinement possible / afin que la dent soit indolore
N'ayez pas peur	Soyez rassuré
Ne bougez pas	Restez calme et tranquille
Il faut enlever la carie	Nous allons soigner la dent
Pourquoi venez-vous en consultation ?	En quoi puis je vous aider ?
Avez-vous mal ?	Êtes-vous suffisamment confortable ?
Levez la main si je vous fais mal	Faites-moi signes si je dois remettre du produit afin que la dent soit plus confortable

Annexe 2 : Mot à proscrire

Mots à proscrire
Peur
Mal
Couper
Glisser
Aspirer
Doute
Hésiter
Fatigue

Annexe 3 : Mot à privilégier

Mots à privilégier
Calme
Confortable
Confiance
Chaleur
Sourire
Détente
Stable
Doux

Table des matières

FACULTÉ D'ODONTOLOGIE DE LORRAINE	1
FACULTÉ D'ODONTOLOGIE DE LORRAINE	2
SOMMAIRE	19
LISTE DES FIGURES	20
LISTE DES ABREVIATIONS	21
INTRODUCTION	22
1 LA COMMUNICATION	23
1.1 DEFINITION	23
1.2 LES ACTEURS DE LA COMMUNICATION	24
1.3 LES MODELES DE COMMUNICATION	24
1.3.1 <i>La communication interpersonnelle</i>	24
1.3.2 <i>La communication de groupe</i>	25
1.3.3 <i>La communication de masse</i>	25
1.4 LES DIFFERENTS TYPES DE COMMUNICATION	26
1.4.1 <i>La communication verbale</i>	26
1.4.2 <i>La communication non-verbale</i>	26
1.5 L'INTERET D'UNE COMMUNICATION APPROPRIEE.....	33
1.6 UNE COMMUNICATION APPROPRIEE	34
1.6.1 <i>Une relation basée sur la confiance</i>	34
1.6.2 <i>Une écoute attentive</i>	34
1.6.3 <i>Une compréhension mutuelle</i>	35
2 L'HYPNOSE	36
2.1 DEFINITION	36
2.2 HISTOIRE DE L'HYPNOSE.....	37
2.2.1 <i>À l'antiquité</i>	37
2.2.2 <i>Origine de l'hypnose moderne</i>	37
2.2.3 <i>Naissance du terme hypnose</i>	38
2.2.4 <i>Les deux écoles françaises</i>	38
2.2.5 <i>L'avènement de l'hypnose moderne</i>	39
2.3 LES DIFFERENTS TYPES D'HYPNOSE.....	40
2.3.1 <i>Hypnose classique ou traditionnelle</i>	40
2.3.2 <i>Hypnose ericksonienne</i>	40
2.3.3 <i>Auto-hypnose</i>	41
2.3.4 <i>Hypnoanalyse</i>	41

2.3.5	<i>Hypnose humaniste</i>	42
2.4	LES BASES NEUROPHYSIOLOGIQUES DE L'HYPNOSE	42
2.5	CARACTERISTIQUES DE L'HYPNOSE	46
2.5.1	<i>Signes de la transe hypnotique</i>	46
2.5.2	<i>Les différents états de la transe hypnotique</i>	47
2.6	INDICATION EN ODONTOLOGIE	48
2.6.1	<i>L'anxiété</i>	48
2.6.2	<i>L'anesthésie</i>	48
2.6.3	<i>Le réflexe nauséux</i>	49
2.6.4	<i>Le saignement</i>	49
2.6.5	<i>Le débit salivaire</i>	49
2.7	CONTRE-INDICATION	49
3	L'HYPNOSE CONVERSATIONNELLE	50
3.1	DEFINITION	50
3.2	HISTORIQUE	50
3.3	PRINCIPES FONDAMENTAUX.....	51
3.3.1	<i>Concentration</i>	51
3.3.2	<i>Engagement de l'inconscient</i>	51
3.3.3	<i>Suggestions</i>	51
3.4	PROCESSUS	51
3.4.1	<i>Écoute et observation</i>	52
3.4.2	<i>Un ton adapté</i>	52
3.4.3	<i>Les techniques de communication hypnotique</i>	53
3.4.4	<i>Usage de l'hypnose conversationnelle en santé</i>	58
4	MISE EN PRATIQUE	59
4.1	SCENARIO PREMIERE CONSULTATION	59
4.1.1	<i>Communication positive</i>	59
4.1.2	<i>Communication négative</i>	61
4.2	SCENARIO DETARTRAGE	63
4.2.1	<i>Communication positive</i> :	63
4.2.2	<i>Communication négative</i> :	64
4.3	SCENARIO AVULSION.....	66
4.3.1	<i>Communication Positive</i> :	66
4.3.2	<i>Communication négative</i> :	67
	CONCLUSION	69
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	70
	REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUES ELECTRONIQUES.....	74
	ANNEXES	76

TABLE DES MATIERES..... 78

Vu la demande du doyen de la faculté d'odontologie de Lorraine sur le rapport du jury :

Président : C. BISSON – Professeur des universités
Membre du jury : C. CLÉMENT – Maître de conférences des universités
Membre du jury : S. JAGER – Maître de conférences des universités
Membre du jury : C. GERBER – Chef de clinique des universités – Assistant des hôpitaux (Co-directrice de thèse)
Membre invité : A. BAUDET – Maître de conférences des universités (Co-directeur de thèse)

la présidente de l'université de Lorraine autorise

Monsieur Anis BROUGUI

né à HAYANGE (Moselle) le 12 février 1997,

à soutenir et imprimer sa thèse en vue d'obtenir le diplôme d'État de docteur en chirurgie dentaire intitulée :

**« HYPNOSE CONVERSATIONNELLE : INTÉRÊT DANS LA COMMUNICATION
ET LA RELATION DE SOIN »**

Nancy, le 15 mars 2023

N° autorisation : 12893 C

La présidente de l'université de Lorraine



H. BOULANGER

BROUGUI Anis – Hypnose conversationnelle : intérêt dans la communication et la relation de soin

Nancy 2023 : 78 pages, 13 figures, 1 tableau

Th. : Chir.-Dent. : Nancy I 2023

Mots-clefs :

- Hypnose Conversationnelle
- Hypnose
- Communication
- Odontologie

Résumé :

L'hypnose conversationnel est un type d'hypnose se basant sur une communication soignée et précise afin de distraire le patient, détourné son attention et parfois atteindre une transe.

Afin d'expliquer ce procédé et son application possible en odontologie, nous avons jugé judicieux de traiter ,en premier lieu, de la communication en dentisterie et son importance dans la relation de soin, puis dans un second temps, de la notion d'hypnose et ses origines.

C'est avec l'assurance d'une pleine compréhension des termes « communication » et « hypnose », que nous avons alors développé le concept d'hypnose conversationnel et toutes les techniques existantes pour permettre son utilisation en dentisterie.

Dans le but d'étayer nos propos par des exemples, des vidéos à visée pédagogiques ont été réalisé pour simuler l'usage d'une communication appropriée à l'aide de l'hypnose conversationnelle dans le cadre d'une première consultation, d'une avulsion et d'un détartrage.

Jury:

Président : Pr Catherine BISSON

Membres : Dr Céline CLEMENT
Dr Stéphanie JAGER

Directeurs de thèse : Dr Alexandre BAUDET
Dr Caroline GERBER

Adresse de l'auteur :

Anis BROUGUI
12, place Durutte
57070, METZ