

La douleur oro-faciale chronique peut être définie comme une douleur qui perdure, au niveau de la région oro-faciale, au-delà du délai de cicatrisation, habituellement de trois mois. Elle détériore de manière significative et progressive autant les capacités fonctionnelles que relationnelles du patient dans toutes les activités de sa vie quotidienne et professionnelle.

# Hypnose et douleur chronique oro-faciale

## Marie-Laure Grard Bobo

*Exercice libéral, Montpellier  
Ancien attaché hospitalier, Service de prothèse  
Responsable scientifique du DU d'Hypnose Dentaire  
Thérapeutique et Clinique, Faculté d'odontologie, Montpellier  
Formateur IMHEM*

**L**à où la douleur aiguë peut avoir un caractère utile, en tant qu'alerte, la douleur chronique est véritablement une maladie. La douleur y perd alors toute forme de finalité. L'HAS précise que la douleur chronique est une construction multidimensionnelle où il est difficile de faire la part des signes objectifs – biologiques – de la maladie et de l'expérience subjective d'inconfort et de dysfonctionnement\*.

Une manière d'envisager la douleur chronique est de toujours recentrer sa prise en charge sur le patient et ses besoins. Ainsi, nous pouvons dire que la douleur est ce que la personne en dit; la manière dont elle exprime ce qu'elle est, et cette douleur existe dès lors que le sujet affirme la ressentir. La douleur est une

## Vianney Descroix

*Professeur en sciences biologiques, Université Paris Diderot  
Praticien hospitalier, Service d'Odontologie, Pitié-Salpêtrière  
Consultation de la douleur chronique et hypnose médicale  
Enseignant pour l'Institut Français d'Hypnose*

expérience subjective, dont l'essence repose sur un ensemble de composantes complexes et intriquées: sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale. L'accompagnement du patient avec l'hypnose a donc pour vocation à modifier, moduler, reformuler chacune de ces composantes.

## Les douleurs chroniques oro-faciales

Le mécanisme des douleurs chroniques peut être inflammatoire, neuropathique ou dysfonctionnel. Celles qui touchent la bouche, les dents, les mâchoires ou encore les articulations temporo-mandibulaires

(ATM) sont très probablement d'origine neuropathique ou encore dysfonctionnelle (il s'agit d'une douleur liée à un dysfonctionnement des systèmes de contrôle de la douleur sans lésion identifiée). Parmi les plus fréquentes, nous retrouvons la stomatodynie, les douleurs dento-alvéolaires persistantes ou encore les algies et dysfonctions de l'appareil manducateur (ADAM). Pour une première approche de ces pathologies nous vous renvoyons au numéro « Spécial douleur » de l'Information Dentaire daté du 27 juin 2018.

Rappelons aussi, à toutes fins utiles, la faible efficacité des traitements dits « conventionnels » sur ce type de douleurs chroniques. Les traitements médicaux (anti-épileptiques, antidépresseurs, morphiniques) apportent peu de bénéfices et présentent de nombreux effets indésirables; quant aux traitements chirurgicaux (chirurgie orale, parodontologie, endodontie), ils sont inefficaces, voire aggravants. La prise en charge de ces patients s'oriente donc, en partie, vers d'autres types de stratégies thérapeutiques.

## Madame A et la douleur chronique

**Madame A est née en avril 1936. Elle habite en région parisienne. Elle est mariée, a un fils de 53 ans et deux petits enfants. Retraitée, elle a travaillé comme secrétaire.**

**Nous nous rencontrons pour la première fois en 2018.**

Son anamnèse médicale est composée des éléments suivants :

- sur le plan chirurgical, elle a été opérée pour un méningiome D10- D11 en 2007, une prothèse métacarpotrapézienne droite en 2008 et une prothèse totale de genou droit en 2014;
- d'un point de vue médical, M<sup>me</sup> A souffre de dépression depuis l'âge de 33 ans et d'une hypertension artérielle.

**Les douleurs des mâchoires** débutent en 2005 dans le secteur 2, au niveau d'une dent absente (la 24). La douleur est décrite sous la forme d'une brûlure plus forte le soir et très localisée de la 23 à la 25 (présentes toutes les deux). La douleur peut donner les sensations de tirer et de peser. L'examen clinique et les investigations radiologiques sont strictement normaux.

Dans le dossier médical de M<sup>me</sup> A, nous retrouvons de nombreuses **consultations et examens** :

- une radiographie panoramique en 2005;
- la reprise de traitement endodontique des dents 22, 23 et 25 en 2006;
- deux rendez-vous chez un stomatologiste en 2006;
- un scanner en 2007;
- un rendez-vous chez un parodontologiste en 2007;
- un second scanner en 2007;
- un rendez-vous chez un dermatologue spécialiste en pathologie de la muqueuse orale en 2008;
- une nouvelle radiographie panoramique en 2008;
- une résection apicale de la racine de la dent 25 en 2009;
- des séances de laser de 2009 à 2012;
- la consultation de trois centres de traitement de la douleur dont un spécialisé en douleur oro-faciale de 2009 à 2018;
- un suivi, plus que régulier, chez son chirurgien-dentiste.

En termes de **traitements médicamenteux** prescrits pour cette douleur, la patiente a déjà expérimenté de nombreuses molécules comme des antiépileptiques (Rivotril<sup>®</sup>, Lamictal<sup>®</sup>, Tégrétol<sup>®</sup>, Lyrica<sup>®</sup>); des morphiniques faibles (Tramadol<sup>®</sup>, Lamaline<sup>®</sup>, Izalgi<sup>®</sup>) ou des antidépresseurs (Effexor<sup>®</sup>, Laroxyl<sup>®</sup>).

M<sup>me</sup> A souffre d'une douleur dento-alvéolaire persistante dont il n'est pas évident de caractériser clairement la cause. Peut-être l'extraction de la 24 ou peut-être la douleur était-elle déjà présente sur la 24 sans cause évidente (odontalgie atypique). Lorsque nous rencontrons M<sup>me</sup> A, elle présente également une grande tristesse et une anxiété importante. Elle est « usée » par cette douleur et se sent frustrée de ne pas pouvoir faire ce qu'elle doit faire à cause de la douleur. Le cas de M<sup>me</sup> A illustre le diagnostic de douleur chronique. Nous retrouvons la temporalité (douleur depuis treize ans), l'inefficacité des traitements chirurgicaux et médicaux, une demande incessante de soins, la recherche vaine de solutions et un important retentissement sur sa vie sociale.

Pendant trois mois, nous allons accompagner M<sup>me</sup> A dans la recherche de différents traitements médicamenteux, ceux qu'elle n'aurait pas encore « goûtés », et comme nos confrères, nous n'allons pas faire grand bien.

Au décours d'une énième consultation, nous faisons le constat, M<sup>me</sup> A, son mari (qui l'accompagne à toutes les consultations) et moi-même, d'un sentiment d'échec quant à l'ensemble des traitements proposés.

C'est alors que M<sup>me</sup> A nous demande timidement « d'essayer l'hypnose ». Mais l'hypnose ne s'essaie pas. L'hypnose se pratique dans une cohérence et dans une évidence de l'histoire de la personne. Répondant à la demande de M<sup>me</sup> A et nous appuyant sur une robuste alliance thérapeutique, nous lui proposons d'abord cinq séances.

## Intérêt de l'hypnose dans l'accompagnement de la douleur chronique

En premier lieu, il nous semble essentiel de rappeler que la prise en charge de la douleur chronique doit être holistique et ainsi prendre en considération l'ensemble des aspects de la douleur, notamment dans ses composantes affectivo-émotionnelle et cognitive. Le traitement médicamenteux n'est qu'une partie de la démarche thérapeutique. L'hypnose, en proposant une approche complémentaire ne peut, à elle seule, être un traitement suffisant. Pour autant, et contrairement à ce que d'aucuns pourraient penser, il ne s'agit pas de relaxation ou d'une simple distraction, mais d'une véritable technique psychocorporelle (méthode rationalisée par de nombreuses études scientifiques et largement utilisée dans le champ médical.)

Dans le cas de M<sup>me</sup> A, comme très souvent s'agissant de douleur chronique, les séances d'hypnose n'ont pas vocation à éradiquer la symptomatologie. Par définition, la douleur chronique « ne se guérit » pas. Les patients doivent développer des stratégies d'adaptation pour faire

face (coping) et l'intégrer. L'apport de l'hypnose est alors une ouverture, un changement de paradigme et de perspective, un recadrage, permettant, par exemple, une réification de la douleur. Il s'agit de proposer à la personne accompagnée en hypnose de percevoir sa réalité différemment, d'accepter la douleur et qu'elle puisse être compatible avec son existence, qu'elle fasse même partie de cette existence.

Parce qu'il s'agit d'une technique psychocorporelle, l'hypnose doit avant tout permettre au patient douloureux de se réapproprier son corps et prendre conscience qu'il n'en est pas l'esclave, qu'il a les ressources pour moduler à sa guise ses sensations, tout en gardant le contrôle.

Nous avons vu dans les numéros précédents que les suggestions hypnotiques sont à même de moduler les composantes sensorielles et émotionnelles de la douleur. Nicolas Danzinger, Pierre Rainville, Marie Élisabeth Faymonville et d'autres ont pu objectiver au niveau cérébral que les suggestions hypnotiques modulent les sensations douloureuses.

Le premier outil de l'hypnose que nous retiendrons est la communication hypnotique. Cette technique redonne

au patient sa place de sujet comme acteur de sa vie et dans sa façon d'être au monde. Là où généralement il n'a entendu que des propositions fatalistes et des jugements de valeur, trop souvent délétères et enfermants (« c'est dans la tête », « il n'y a rien à faire », « il faut voir un psy »...), la communication hypnotique permet au patient de mettre en exergue toutes ses capacités et ses ressources propres pour ainsi se défaire des « pourquoi » pour n'envisager que les « comment ».

D'autres outils hypnotiques pourront trouver leur place dans ces « consultations », comme la *safe place*, réification-chosification, l'externalisation du problème...

La douleur chronique est perçue, à juste titre, comme une fixation, une immobilité; la personne se définit elle-même en disant « être » douloureuse, arrêtée, immobilisée, enfermée. La prise en charge d'un patient douloureux chronique nécessite du temps. L'hypnose nécessite aussi de prendre le temps. Par ses différentes techniques, le praticien en hypnose suggère un mouvement, une transformation, c'est-à-dire très simplement un passage d'être à avoir une douleur. Le patient douloureux se trouve ainsi en capacité de pouvoir modeler, modifier, transformer sa douleur. Pour celui qui la pratique, praticien ou patient, l'hypnose, est toujours un effort.

## Madame A et l'hypnose

Avec Madame A, nous avons fait quatre séances d'hypnose. Elles avaient pour objectif de lui permettre de ressentir son corps différemment, de ressentir par exemple de la légèreté et une grande détente qui pourrait contrebalancer la sensation de pesanteur. Et puis Mme A a appris, en transe, à faire de sa douleur une chose (technique de réification). Elle l'a transformée en un œuf, un « petit œuf de caille » dit-elle. Un tout petit œuf qu'elle a appris à rétrécir à loisir. Et depuis, chaque matin, elle pratique l'auto-hypnose pour mettre cette douleur devant elle, la tenir dans sa main et rétrécir encore un peu ce petit œuf de caille. Cette technique lui a permis de réduire de moitié l'aspect envahissant de cette douleur. Elle **n'est** plus douloureuse, elle **a** cet œuf...

Madame A, âgée de 82 et souffrant depuis plus de treize ans de douleur neuropathique post-traumatique, a trouvé un mieux-être. Elle nous a dit, après quelques séances: « L'hypnose pour que ça marche, il faut vouloir. Et moi je veux vouloir. » Elle résume ainsi très joliment l'idée que l'hypnose n'est pas magique. L'hypnose est exigeante et demande de l'entraînement, quelle que soit la méthode utilisée.

## Conclusion

L'hypnose étant d'abord un accès particulier à l'imaginaire, chaque technique utilisée dans nos consultations spécifiques s'adapte à la subjectivité et la temporalité de la personne. Il est ainsi possible de proposer au sujet de construire, de s'approprier une autre réalité de ce qu'il peut ressentir, une réalité différente, dont le patient douloureux n'aurait même pas soupçonné l'existence.

Ce patient douloureux a la particularité de présenter souvent un parcours de soin chaotique semé d'échecs et de nombreuses tentatives de traitements. Dans ce cas, l'utilisation de l'hypnose dans la prise en charge de la douleur chronique oro-faciale a en plus l'avantage de ne présenter aucun effets secondaires !

\* HAS. *Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient*. 2008 : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur\\_chronique\\_argumentaire.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-01/douleur_chronique_argumentaire.pdf)

Correspondance  
dr.grardbobo@wanadoo.fr  
drvdescroix@gmail.com