

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE DE LILLE 2**

**FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE**

---

2015

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT**

**DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 16.09.2015

Par Marion DEROULLERS

Née le 19 Avril 1990 à Suçy en Brie - France

LE LANGAGE EN ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE: ET SI C'ÉTAIT DÉJÀ DE  
L'HYPNOSE ?

**JURY**

Président :	Monsieur le professeur G. PENEL
Assesseurs :	Madame le docteur C. DELFOSSE
	<u>Madame le docteur M. BOROWSKI</u>
	Monsieur le docteur T.ZIEBA

**ACADEMIE DE LILLE**

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE LILLE 2**

\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_

**FACULTE de chirurgie dentaire**

**PLACE DE VERDUN**

**59000 LILLE**

\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_

Président de l'Université : X. VANDENDRIESSCHE  
Directeur Général des Services : P-M. ROBERT  
Doyen : Pr. E. DEVEAUX  
Assesseurs : Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et  
Pr. G. PENEL  
Chef des Services Administratifs : S. NEDELEC

\*\*\*\*\*

**PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.**

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES :**

H. BOUTIGNY Parodontologie

**E. DELCOURT-DEBRUYNE** Responsable de la Sous-Section de **Parodontologie**

E. DEVEAUX Odontologie Conservatrice - Endodontie  
**Doyen de la Faculté**

G. PENEL Sciences Biologiques

## **MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS**

Y. BAILLIEZ Responsable de la Sous-Section des Sciences Biologiques

T. BECAVIN Odontologie Conservatrice – Endodontie

P. BEHIN Prothèses

F. BOSCHIN Parodontologie

E. BOCQUET Responsable de la Sous- Section d'Orthopédie Dento-Faciale

C. CATTEAU Responsable de la Sous-Section de Prévention, Épidémiologie, Économie de la Santé, Odontologie Légale.

A. CLAISSE Odontologie Conservatrice – Endodontie

T. COLARD Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques, Radiologie

M.DANGLETERRE Sciences Biologiques

T. DELCAMBRE Prothèses

C.DELFOSSE Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Pédiatrique

F. DESCAMP Prothèses

A. GAMBIEZ Responsable de la Sous-Section d'Odontologie Conservatrice – Endodontie

F. GRAUX Prothèses

P. HILDELBERT Odontologie Conservatrice – Endodontie

J.M. LANGLOIS Responsable de la Sous-Section de Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation

C.LEFEVRE Responsable de la Sous-Section de Prothèses

J.L. LEGER Orthopédie Dento-Faciale

M.LINEZ Odontologie Conservatrice – Endodontie

G. MAYER Prothèses

L. NAWROCKI Chirurgie Buccale, Pathologie et Thérapeutique, Anesthésiologie et Réanimation

B. PICART Prothèses  
Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille

P. ROCHER Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques,  
Biomatériaux,  
Biophysiques, Radiologie

M. SAVIGNAT Responsable de la Sous-Section des Sciences Anatomiques et  
Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysiques,  
Radiologie

T. TRENTESAUX Odontologie Pédiatrique

J. VANDOMME Prothèses

***Réglementation de présentation du mémoire de Thèse***

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

***Je dédie cette thèse...***

**A mon Président de Jury,**

**Monsieur le Professeur Guillaume PENEL,**

**Professeur des Universités – Praticien Hospitalier**

*Sous Section Sciences Biologiques*

Doctorat en Chirurgie Dentaire

Doctorat de l'Université René DESCARTES (PARIS V)

C.E.S d'Odontologie Chirurgicale

Habilité à Diriger des Recherches

Vice-Doyen Recherche de la Faculté de Chirurgie Dentaire

*Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir le témoignage de mon profond respect.*

**A mes juges,**

**Madame le Docteur Caroline DELFOSSE,**

**Maître de Conférences des Universités- Praticien Hospitalier**

*Sous Section Odontologie Pédiatrique*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Responsable de la Sous Section de Pédodontie

Doctorat de l'Université de Lille 2 (mention Odontologie)

D.E.A Génie Biologie & Médical (option Biomatériaux)

Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales

Diplôme d'Université Strasbourg 1 : « Sédation consciente pour les soins bucco-dentaires »

*Vos nombreux conseils, et votre patience aguerrie sont précieux pour les futurs docteurs que nous allons devenir.*

*Je vous suis très reconnaissante de votre accessibilité et de votre disponibilité pour vos étudiants.*

*Je vous remercie beaucoup d'avoir accepté de siéger parmi ce jury de thèse.*

**A Monsieur le Docteur Thomas ZIEBA,**

**Assistant Hospitalo-Universitaire des CSERD**

*Sous Section Odontologie Pédiatrique*

Docteur en Chirurgie Dentaire

Master 1 Biologie Santé

*C'est avec beaucoup d'humour  
et de gentillesse que vous avez  
accepté de compter parmi mes  
juges, et c'est pour moi un très  
grand plaisir et honneur. Je vous  
en remercie vivement.*



*A ma directrice de thèse,*

**Madame le Docteur Marie BOROWSKI,**  
**Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD**  
*Sous Section Odontologie Pédiatrique*

Docteur en Chirurgie Dentaire

CES B Pédodontie-Prévention ( Paris Descartes)

Master 1 Ethique et Droit de la Santé

Master 2 Ethique Médicale et Bioéthique- Paris DESCARTES

*Je vous suis extrêmement reconnaissante pour votre gentillesse, et la confiance que vous m'avez toujours accordée auprès des patients, comme pour la réalisation de cette thèse.*

*Très sensible à la spontanéité et l'enthousiasme avec lequel vous avez accepté de diriger ce travail, veuillez trouver ,ici , l'expression de ma profonde gratitude.*



# Table des matières

<b>Introduction</b> .....	<b>13</b>
<b>1. Hypnose en pédodontie: aspect relationnel</b> .....	<b>16</b>
1.1. Le développement intellectuel de l'enfant.....	16
1.1.1. Les stades du développement cognitif selon PIAGET.....	16
1.1.1.1. De 2 ans à 6 ans environ.....	17
1.1.1.2. De 7 à 11 ans.....	19
1.1.1.3. De 12 ans à l'âge adulte.....	20
1.2. Le développement du langage.....	21
1.2.1. La structure du langage.....	21
1.2.1.1. La grammaire transformationnelle.....	24
1.2.2. Le développement du langage.....	27
1.2.2.1. Le babillage.....	27
1.2.2.2. La phase linguistique (5–8).....	27
1.2.2.2.1. Le mot phrase.....	27
1.2.2.2.2. Le stade à deux mots.....	28
1.2.3. L'influence de l'âge du patient sur sa prise en charge au cabinet dentaire.....	30
<b>2. Hypnose : aspect méthodologique</b> .....	<b>33</b>
2.1. Définitions.....	33
2.2. Les bases de l'hypnose Ericksonienne.....	36
2.2.1. L'inconscient.....	36
2.2.2. Les ressources.....	37
2.2.3. Les deux niveaux du langage.....	37
2.2.4. Le changement de la réalité du patient.....	38
2.2.4.1. L'orientation à la réalité du patient.....	38
2.2.5. Le concept de cadre.....	39
2.2.5.1. Le cadre primaire.....	39
2.2.5.2. Les ratages.....	40
2.2.5.3. La modalisation.....	40
2.2.5.4. Le recadrage.....	41
2.2.5.5. La transe hypnotique.....	41
2.3. Inductions et approfondissement.....	45
2.3.1. La communication hypnotique.....	51
2.3.1.1. Le feed-back.....	51
2.3.1.2. Les qualités de l'hypnothérapeute.....	52
2.3.1.3. La voix.....	52
2.3.1.4. La distance par rapport au patient.....	53
2.3.1.5. La synchronisation.....	54
2.3.1.6. La position basse.....	56
2.3.2. Le langage hypnotique.....	57

2.3.2.1. Le saupoudrage .....	57
2.3.2.1.1. Les truismes.....	57
2.3.2.1.2. L'implication.....	58
2.3.2.1.3. Les négations.....	58
2.3.2.1.4. Les suggestions(13,14).....	58
2.3.2.1.4.1. Les suggestions ouvertes.....	59
2.3.2.1.4.2. Les suggestions directes. ....	59
2.3.2.1.4.3. Les suggestions indirectes .....	60
2.3.2.1.4.4. Le langage figuratif : les métaphores.....	60
<b>3. Hypnose : aspect clinique.....</b>	<b>62</b>
3.1. Les particularités de l'hypnose en fonction de l'âge du patient.....	62
3.1.1. Adaptation des propositions.....	62
3.1.1.1. Techniques d'induction adaptées à l'âge du patient.....	62
3.1.1.1.1. Adaptation du vocabulaire dentaire .....	64
3.1.2.L'utilisation de l'hypnose pour la réalisation de soins chez l'enfant.....	66
3.1.3. Déroulement d'une séance.....	66
3.1.3.1. L'entretien préalable.....	66
3.1.3.1.1. Le déroulement d'une séance.....	68
3.1.3.1.2. L'hypnose conversationnelle , l'imagerie visuelle.....	69
3.1.3.1.3. Le gant magique.....	72
3.1.3.1.4. L'auto-hypnose.....	73
3.1.3.1.5. Prescription de tâche.....	73
3.1.3.2. La mémoire de la douleur (12,16,35,38,39).....	77
<b>Conclusion.....</b>	<b>79</b>
<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>80</b>

## INTRODUCTION



*Illustration 1: Calvin et Hobbes, Watterson*

Les chirurgiens dentistes ne seront sûrement jamais élus « profession de l'année ! ». Il est rarissime de rencontrer des patients à qui cela fait plaisir de se trouver chez le chirurgien dentiste. Il semblerait que cela soit culturel !

Les patients ayant peur du dentiste ne consultent que rarement, essentiellement en urgence, dans des situations compliquées et d'autant plus anxiogènes. Les soins sont donc évités, l'état bucco-dentaire se complique et le cercle vicieux est installé.

Il en est de même pour les enfants de ces patients. Ils consultent, le plus souvent, en situation d'urgence, et apportent avec eux toutes les mauvaises expériences de leurs parents, leurs idées reçues. Ils sont accompagnés par leurs parents tout aussi stressés qu'eux. Ils sont menacés de « piqûre » dans les salles d'attente lorsqu'ils ne s'y tiennent pas comme leurs parents le souhaitent, ils sont prévenus que leurs dents vont leur être « ARRACHÉES ». Les mots véhiculent des images. L'enfant est soumis au discours de la fratrie, à celui des copains dans la cour de récréation, au comportement de ses parents face aux soins dentaires ! Autant de mots susceptibles de stresser l'enfant avant même qu'il n'ait fait un pas au cabinet dentaire.

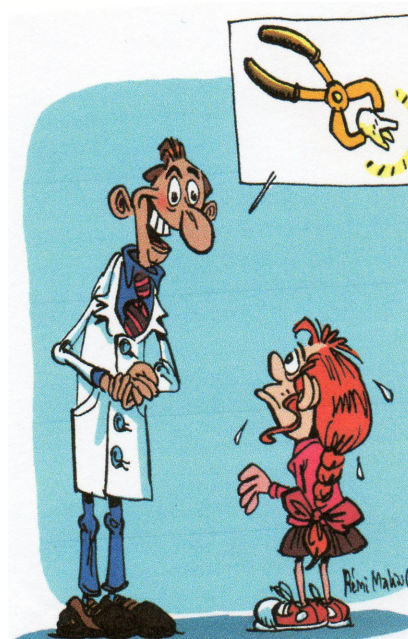
Même lorsque le tableau n'est pas aussi noir, les enfants peuvent être anxieux face à des situations nouvelles ou au contraire connues et mal vécues.

Il faut ajouter à cela, la personnalité, l'éducation et le stade de développement de chaque enfant pour obtenir un très grand nombre de situations toutes très différentes et plus ou moins difficiles à gérer tant pour l'enfant et ses parents, que aussi le praticien.

Ajoutons que certains praticiens, stressés par la prise en charge des enfants n'envisagent que deux types de traitements des dents lactéales : l'extraction ou l'abstention, « de toute façon cela finira bien par tomber ! » .

Dés lors, nous sommes en présence d'un problème majeur de santé publique : des enfants anxieux avec un état bucco-dentaire alarmant et des praticiens stressés sans solution, chacun campé sur ses positions et ses préjugés sur l'autre. Enfant et praticien ne se comprennent pas. Parlent-ils seulement le même langage ?

Cette thèse propose d'essayer d'éluder cette question et tente d'apporter une solution à l'incompréhension qui règne souvent entre les protagonistes, au travers de l'hypnose.



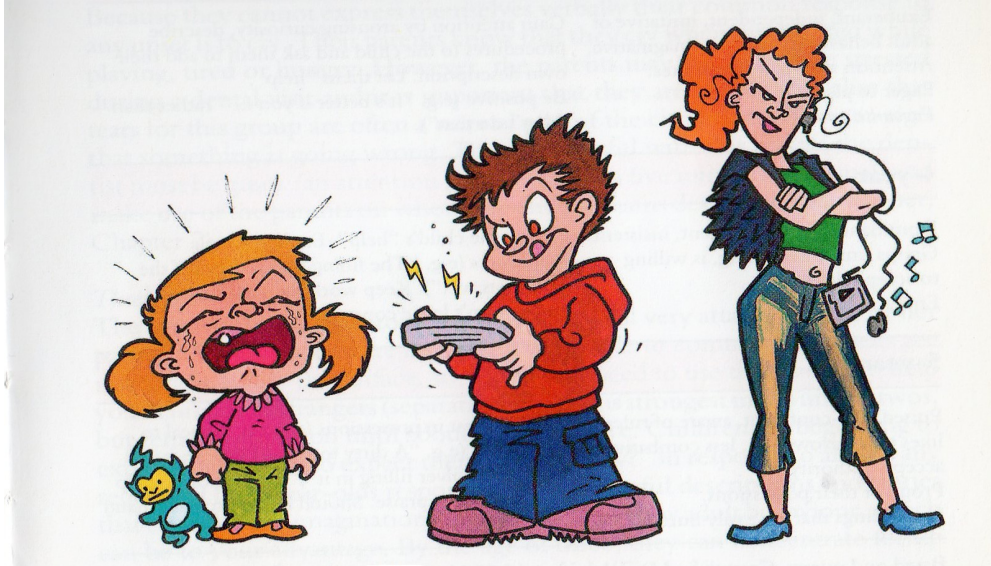
*Illustration 2: Image fantasmagorique du chirurgien dentiste que certains films récents n'ont pas démentie.  
(40)*

La prise en charge des enfants sous hypnose consiste essentiellement à s'adapter à chaque enfant, à son stade de développement et donc à son langage, afin d'établir une relation de confiance et d'essayer de résoudre les difficultés rencontrées lors de la réalisation des soins chez l'enfant. Elle a pour vocation de

permettre au praticien de trouver les bons mots et les bonnes tournures de phrases, pour une communication optimale, à l'aide du langage hypnotique. Enfin, elle permet au praticien de mettre toute sa créativité au service de chaque enfant pour des soins plus sereins pour les deux protagonistes.

## 1. HYPNOSE EN PÉDODONTIE: ASPECT RELATIONNEL

### 1.1. Le développement intellectuel de l'enfant



*Illustration 3: Introducing the children(41)*

#### 1.1.1. Les stades du développement cognitif selon PIAGET

Afin de prendre en charge au mieux les enfants, il faut pouvoir s'adapter à eux, à leur stade de développement, pour être compris. Nous nous intéresserons, ici, surtout, aux enfants avec qui ils nous ont donné de communiquer par le langage et non aux premiers stades du développement cognitif de la vie.

La cognition est l'ensemble des activités mentales liées à la pensée, au savoir, à la communication et au souvenir. PIAGET a décrit le développement cognitif selon quatre stades individuels et successifs. Le premier stade commençant à deux ans, il considérait que les enfants n'étaient pas capables de pensée, de concept ou d'idée abstraite avant cet âge. Aujourd'hui les chercheurs décrivent le développement de l'enfant comme un processus plus continu et plus nuancé, néanmoins les travaux de PIAGET restent la référence en matière de développement cognitif chez l'enfant.(1,2)



### 1.1.1.1. De 2 ans à 6 ans environ

C'est dans cette tranche d'âge que les petits patients se présentent le plus souvent pour leur première visite. Le contexte n'est pas toujours favorable, car il arrive fréquemment qu'ils soient là, en urgence, pour des traumatismes, par exemple. Le fait est que ce premier rendez-vous pourra influencer tout le parcours de soins dentaires de l'enfant. Il n'est pas donné deux fois de faire une première bonne impression !

C'est le stade préopératoire. L'enfant est alors capable de se représenter des objets à travers des mots mais il n'a pas encore de raisonnement logique. Ce stade est marqué par la capacité de faire semblant, l'égoïsme des enfants, et l'apparition du langage. Est entendu par « égoïsme », le fait que les enfants sont incapables à cet âge de voir les choses à travers l'opinion d'autrui. Un enfant de cet âge qui se cache les yeux pense être invisible puisqu'il ne voit pas les autres, alors pour lui les autres ne le voient pas! À la question as-tu une sœur? Un enfant répondra «oui». Comment s'appelle-t-elle? Il répondra « Sarah » . À la question Sarah a-t-elle un frère?, il répondra «non». Il est très important de tenir compte de cet égoïsme dans la prise en charge des enfants de cet âge et de le voir bel et bien comme une limitation cognitive et non comme un manque de considération ou de l'égoïsme. Ils ne sont pas intentionnellement égoïstes mais simplement incapables d'adopter le point de vue d'un autre. Par ailleurs , les enfants au début de ce stade, n'ayant pas encore acquis la notion de «faire semblant», ne comprennent pas les analogies. Ainsi, pour eux, une poupée ne symbolise pas un objet réel. Ils ne peuvent pas s'y identifier, de ce fait, les explications d'un praticien à travers des petits personnages peuvent rester inaccessibles aux trop jeunes enfants. (1)

L'enfant acquiert de nouveaux outils pour s'exprimer, il utilise des symboles pour exprimer sa pensée à travers le langage, les dessins et le jeu. Le dessin pourra être privilégié par les enfants pour s'exprimer. Il est d'autant plus adapté à cet âge qu'il s'agit d'une activité solitaire ! L'enfant n'est pas logique à cet âge mais intuitif. Pour lui, ce qu'il dit ou croit, est vrai parce qu'il le croit! C'est l'âge du « parce que ». Leur pensée est pré-logique. Il est donc inutile de faire appel, avec ces enfants, à la rationalité ou à la logique qui sont hors de leur portée.

Selon PIAGET, la représentation du monde de l'enfant à cet âge se fait au travers de 4 concepts que sont l'animisme, l'artificialisme, le finalisme et le réalisme.

L'**animisme** correspond au fait que pour l'enfant toute chose «vit», possède une conscience, même si celle-ci n'est pas la même que la conscience humaine. Les enfants de cet âge parlent à leurs jouets et sont persuadés que ces derniers les comprennent. Par exemple, lorsqu'ils se blessent sur une pierre, cette dernière est «méchante», «elle l'a fait exprès!». De la même façon, tout ce qui les entoure a été fabriqué, tout est **artificiel!** D'ailleurs tout le monde sait bien, que les montagnes poussent quand on plante des cailloux!



Illustration 4: Calvin et Hobbes, Watterson.

**Le finalisme** comme son nom l'indique traduit que pour l'enfant tout a un but. C'est l'âge du «**POURQUOI???**»

Enfin **le réalisme** correspond au fait que, pour l'enfant, rien n'est abstrait. Quand il rêve c'est « pour de vrai »! Quand il parle, il pense.



"Tu ne t'en souviens pas Mamie? T'étais là pourtant."

Illustration 5: Bill Keane(1)

Entre 2 et 6 ans, l'enfant développe sa notion du bien et du mal. Cependant pour lui, elle est liée au respect des petits pour les grands et donc aux notions de pouvoir, d'autorité et de soumission. Leur sens moral se développe donc à partir de deux ans mais reste assez éloigné de la morale des adultes.

Ce stade peut être découpé selon les âges.

- **Entre 2 et 3 ans**, l'enfant veut découvrir le monde. Il s'agite. Cet âge est donc caractérisé par l'impatience et une capacité de concentration comprise entre **1 et 5 minutes!** Par ailleurs c'est aux alentours de 3 ans que l'hippocampe arrive à maturité, permettant ainsi à l'enfant de former des souvenirs. Une expérience traumatisantes, même si jeune, serait donc délétère pour la suite des soins !

-**Entre 3 et 4 ans**, l'enfant va à l'école. Il commence à compter, à intégrer les ressemblances et acquiert la fonction symbolique. Son attention peut être maintenue entre **4 et 8 minutes.**

-**Entre 4 et 5 ans**, l'enfant commence à pouvoir être compris de tous.

-**Entre 5 et 7 ans**, l'enfant commence à écrire, et sa période d'attention atteint **12 à 25 minutes.(1,3)**

#### **1.1.1.2. De 7 à 11 ans**

C'est le stade des opérations concrètes. L'enfant met en place des pensées logiques à propos d'événements concrets, il est à même de comprendre les analogies concrètes et a la capacité d'exécuter des opérations arithmétiques. Il s'approprie les notions de conservation des quantités et les transformations mathématiques.

À cet âge, la camaraderie, se développe et donc la COOPÉRATION. L'enfant apprend à respecter les consignes et applique les conseils qu'il reçoit. Le concret dominant cette période de la vie de l'enfant, il commence à remettre en question les croyances populaires du Père Noël, de la petite souris... (1,3)



Illustration 6: Calvin et Hobbes, Watterson.

### 1.1.1.3. De 12 ans à l'âge adulte

C'est le stade des opérations formelles. L'enfant est alors capable de raisonnement abstrait. Il met en place la logique abstraite et ses capacités de raisonnement moral matures. Il devient capable de différencier la réalité et la possibilité. (1,3)

## 1.2. Le développement du langage

### 1.2.1. La structure du langage

C'est en grande partie grâce au langage verbal que nous communiquons. Il est donc crucial de comprendre les fondements du langage pour pouvoir l'adapter à chaque enfant, mais aussi et surtout pour comprendre pourquoi les mots que nous employons ne véhiculent pas toujours des idées objectives mais bien des émotions propres à chacun.

Le langage est constitué autour des phonèmes, des morphèmes, de la sémantique et de la syntaxe, qui constituent la grammaire.

**-Les phonèmes** sont les sons de bases, les plus courts, non segmentables, à la fois consonnes et voyelles. Phonème vient du grec *phônêma* qui signifie « *émission de voix* ». Les bébés naissent avec la capacité d'émettre et de reconnaître tous les phonèmes, de toutes les langues. Ils en reconnaissent de moins en moins à partir de 6 mois, se focalisant sur les phonèmes de leur langue maternelle. Le nombre de phonèmes perceptibles par l'oreille humaine ne cesse ainsi de décroître, expliquant qu'à l'âge adulte, seulement un très faible pourcentage de la population est capable de parler et de comprendre avec aisance, et sans accent, des langues étrangères. (1)

**-Les morphèmes** constituent la plus petite unité du langage ayant un sens. En français « à », « s » et « y » sont des morphèmes constitués d'une seule lettre. Le «s» à la fin d'un nom indique le pluriel. Cependant, en général, les morphèmes sont constitués de plusieurs lettres et syllabes tels que les préfixes et suffixes. Le mot « indéformables » est constitué de 5 morphèmes : in-dé-form-able-s.

**-La sémantique** établit les règles qui nous permettent de connaître et de déduire le sens des mots. C'est grâce à la sémantique que nous savons que le suffixe «ait» à la fin d'un verbe indique une action passée. (1)

**-La syntaxe** établit quant à elle, les règles grâce auxquelles nous formons des phrases. La syntaxe française veut que les adjectifs qualificatifs soient situés après

le nom qu'ils qualifient. Ainsi nous parlerons d'un « manteau rouge » . Les anglais, eux, parleront d'un « red coat » ou « rouge manteau », leur syntaxe exigeant que les adjectifs précèdent les noms auxquels ils se rapportent. (1)

**-Sémantique et syntaxe** constituent la grammaire d'une langue, il en existe autant que de langues différentes.(1)

C'est entre 1 et 2 ans, alors que le cerveau de l'enfant se développe, qu'il acquiert le langage. C'est pour lui un système de représentation qu'il doit apprendre, pour devenir un système de communication. Il est utilisé tout au long de la vie, soit de façon « interne », pour réfléchir, penser et se représenter le monde, soit de façon « externe » à des fins communicationnelles.

Le langage est une sorte de code, à la façon dont les conventions veulent qu'au feu rouge, les voitures s'arrêtent et qu'elles roulent lorsqu'il est vert. La couleur du feu est un message mais la couleur et le code de la route sont pourtant deux choses parfaitement distinctes. De la même façon, le mot n'est pas la chose nommée. Ainsi le mot « chat » ne miaule pas !

Acquérir le langage repose sur l'association, l'ancrage, d'un mot à une expérience sensorielle. C'est parce que le son « chien » est émis par les parents, à la vue de ce dernier, que l'enfant associe, ce mot, à l'expérience sensorielle qu'il vit au même moment avec ses parents. À l'exception de certains enfants porteurs de handicap, l'acquisition du langage est la même pour tous. Pourtant à la vue d'un chien, un enfant anglais ne dira pas « chien » mais « dog ». Le son émis n'est pas le même, mais l'expérience sensorielle, elle, l'est. De cette façon l'expérience sensorielle est aussi nommée expérience primaire ; et le langage, comme une ancre permet d'accéder à l'expérience secondaire à chaque fois que le mot est prononcé.

Le langage et l'expérience se trouvent à des niveaux de logiques différents. Ainsi, le langage permet d'introduire la négation. La négation n'existe pas dans l'expérience sensorielle. Lorsqu'il est demandé à quelqu'un de ne pas penser à un gâteau, par exemple, il est obligé ne serait-ce qu'une fraction de seconde, de penser à un gâteau pour ensuite trouver un moyen de se figurer sa négation. Par exemple de penser à une courgette ! La courgette, une voiture, un outil, aucun de ces

concepts n'est la négation, au niveau sensoriel, d'un gâteau. La négation n'existe pas au niveau sensoriel, comme la négation de la sensation de froid n'est pas la sensation de chaud mais bien l'absence de froid. Sachant cela, il est facile de comprendre qu'une phrase comme «le chat ne va pas te sauter dessus» entraîne inévitablement du stress, pour l'interlocuteur, qui doit alors essayer de se figurer le contraire de cette situation, qui ne correspond à aucune expérience sensorielle précise. Au contraire, une expérience sensorielle est beaucoup plus simple à se figurer si la phrase qui la suggère est sur un mode affirmatif : « le chat va rester assis » . « Marche ! » est plus efficace que « ne cours pas !!! » S'imaginer ne pas courir correspondant à tellement de possibilités! ( sauter, faire des pas chassés ! Il arrive d'ailleurs un âge où les enfants en usent pour tester leurs parents! « je ne cours pas, je saute ! »)



Illustration 7: Calvin et Hobbes, Watterson

Le langage est structuré selon les règles de la syntaxe. En effet si la phrase « je mange du chocolat ! » est intelligible pour toute personne parlant le français « chocolat je du mange » l'est beaucoup moins ! Ces règles nous permettent donc de créer des phrases compréhensibles. Elles sont intuitives et inconscientes, la preuve en est, qu'il n'est nul besoin de les connaître pour se rendre compte de l'incohérence d'un message. Ainsi lorsqu'un enfant fait une faute de conjugaison, il est simplement repris à l'oral « il faut que j'y aille » et non « il faut que j'y vais ! ». Le corriger, en lui indiquant « utilise le présent du subjonctif », ne sera d'aucune aide ! Il ne sait même pas ce qu'est le présent du subjonctif. (4)

### 1.2.1.1. La grammaire transformationnelle

Des chercheurs tels que CHOMSKY ont mis au point la théorie de la grammaire transformationnelle.

Ils décrivent le concept de structure de surface et de structure profonde. La structure de surface correspond au mot ou à l'ensemble des mots, au sens de « sons » entendus, pour le langage parlé, et de suite de lettre, pour le langage écrit. La structure profonde correspond à la signification que les mots prennent pour le lecteur ou l'interlocuteur.(4)

La phrase « la voiture a été réparée » est une structure de surface. La structure profonde, indique que cela s'est produit dans le passé, mais aussi que quelqu'un, quelque part, avec quelque chose, a réparé un objet : ici la voiture, qui à un moment antérieur à celui de l'émission de la structure de surface, a été cassée.

Lorsque l'émetteur prononce cette structure de surface, il se figure la structure profonde. C'est ce que les linguistes appellent une dérivation. Cette dérivation s'accompagne toujours d'une perte d'informations ou d'une distorsion. Notons par ailleurs que la structure profonde que se figure l'émetteur dérive elle même d'une structure encore plus riche qu'est l'expérience sensorielle. (4)

Ainsi, un enfant à qui il est dit « je vais réparer ta dent » manque d'informations. Il ne sait pas quand, ni comment, ni avec quels instruments, alors qu'intuitivement, il se pose toutes ces questions ( puisque la structure de surface et la syntaxe « intuitive » qu'il sait appréhender, le lui suggère). De son côté, le praticien se figure tout son protocole clinique. La relation dominé/dominant est alors installée au détriment d'une relation plus équilibrée et moins anxiogène pour l'enfant!

De plus, un enfant en cours d'acquisition du langage qui n'a jamais vécu l'expérience sensorielle « se faire soigner une carie » ne peut d'une part, pas se figurer ce qui lui est suggéré car il ne sait pas nécessairement ce qu'est une carie (le mot carie n'est ancré a rien de sensoriel, ni visuel ni auditif ...) et, d'autre part il ne sait pas ce qu'il va ressentir puisque ce langage ne correspond à aucune de ses expériences sensorielles personnelles. Par contre, il est possible et fréquent que ses



parents, au travers de la communication verbale et non verbale, aient ancré notre vocabulaire à des expériences sensorielles désagréables et douloureuses. (4)  
 Donc, un enfant qui a déjà beaucoup de raison d'être anxieux face à l'inconnu peut l'être d'autant plus à cause d'une communication non contrôlée.

Par extension, un enfant qui ne connaît pas le mot « relaxer » n'éprouvera pas par ancrage ce qui est attendu de lui. Le langage est donc une clé non négligeable en hypnose.(4)

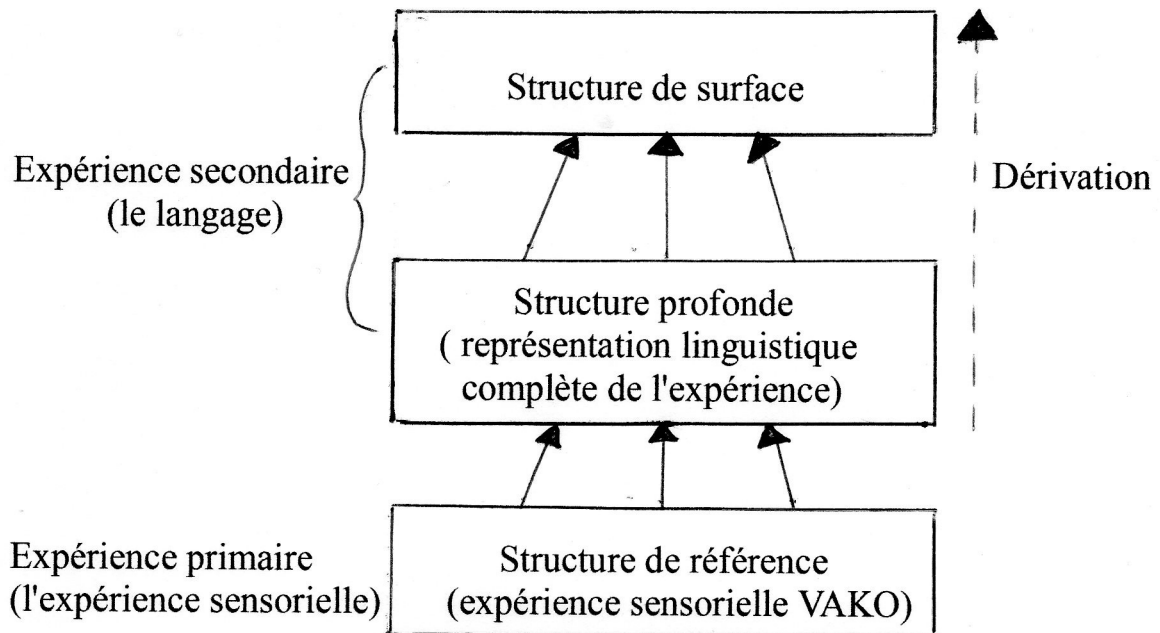


Illustration 8: La structure du langage(4)

L'expérience primaire pourrait être la vue d'un chien.

La structure profonde est alors en quelque sorte le souvenir de cette expérience, la conception personnelle du chien, construite autour de plusieurs expériences.

La structure de surface est le mot « chien ».

Cette théorie permet à la fois au praticien d'anticiper et donc de faire des structures de surface les plus précises possibles pour que le patient se figure l'expérience sensorielle la plus proche possible de ce qui est exprimé, pour limiter le plus possible l'anxiété : « je vais sécher la dent » / « je vais utiliser cet instrument, en appuyant sur ce bouton, pour que du vent souffle l'eau qui est sur la dent ». Le but est que le patient ai le moins de manque d'information possible face à une structure de surface et donc le moins d'anxiété possible. C'est de ce concept de

communication qu'émerge le « tell show do ». L'enfant doit pouvoir ancrer des mots « tell » et « show » sur une expérience sensorielle « do ». De la même façon qu'un enfant apprend ce qu'est un chien à un enfant au travers d'un livre cartonné à pages. Il faut lui permettre d'acquérir le vocabulaire, le langage, et y ancrer des sensations sensorielles personnelles.

De plus, le praticien doit être à même de compléter les structures de surface émises par les patients pour essayer de se figurer leur expérience sensorielle ancrée à un mot et ainsi mieux les comprendre et se synchroniser. (4)

L'enfant : « j'ai peur ! »

Le praticien : « je sais ce que c'est, ça va aller ! »

Cet échange n'est pas adapté à l'enfant.

L'enfant : « j'ai peur ! »

Le praticien : « de quoi ? »

L'enfant : « des outils. »

Le praticien : « lequel en particulier ? »

L'enfant : « le pic ! »

Le praticien : « pourquoi est-ce qu'il te fait peur ? » ....

En amenant le patient à compléter sa structure de surface, il sera plus simple d'accéder à sa structure profonde et donc à son expérience sensorielle. Il sera plus simple de le comprendre au cours d'un échange synchronisé et donc de tisser une relation de confiance. L'enfant se sent compris et il sera plus simple de l'aider à résoudre ses difficultés et à surmonter son anxiété.

## **1.2.2. Le développement du langage**

Nos relations avec les enfants dépendent essentiellement du développement du langage et de la structuration psychique qui en découle, dans la mesure où le langage ne véhicule pas seulement des demandes et des réponses mais bien des émotions, des sentiments, des angoisses.(3)

Dès la naissance, le bébé, pleure, cri, exprime ses sentiments par le son. Ces sons n'ont au départ pas vraiment de sens et sont toujours les mêmes. C'est en fonction des réponses de l'entourage et particulièrement celles de la mère, que le bébé va commencer à donner une intention à ses cris, intentions que la mère apprendra éventuellement à reconnaître afin d'adopter la réponse adéquate.(1)

### **1.2.2.1. Le babillage**

Le babillage commence vers 3-4 mois et correspond aux premiers sons émis par le bébé. Ce sont des phonèmes, qu'il émet sans imiter son entourage, simplement en bougeant les lèvres et la langue comme il peut le faire pour manger, téter, sucer, mordre. Il est alors capable d'émettre et de reconnaître tous les phonèmes de toutes les langues humaines. D'ailleurs à ce stade, il n'est pas possible même pour un linguiste de dire qu'elle est la langue maternelle d'un enfant qui babille. En grandissant, l'enfant va se concentrer sur les phonèmes qu'il entend. Vers 10 mois, son babillage pourra éventuellement permettre à une oreille très entraînée de reconnaître sa langue maternelle, puis, vers 12 mois, les enfants ne sont plus capables de reconnaître les phonèmes étrangers à leur langue maternelle. C'est la phase pré-linguistique.(3,5,6)

### **1.2.2.2. La phase linguistique (5-8)**

#### **1.2.2.2.1. Le mot phrase**

Entre 1 et 2 ans, l'enfant a compris que les mots véhiculaient un sens. Ils les utilisent donc dans n'importe quel contexte pour exprimer sa pensée. Ainsi, « eau » pourra vouloir dire que l'enfant a soif, qu'il a bu, ou encore qu'il est mouillé.

Le mot seul est une phrase. Par ailleurs un mot désigne plusieurs concepts : les femmes sont des « mamans », les hommes des « papas », les chiens des « Max » si c'est ainsi que se nomme celui de la maison.

Vers 18 mois l'enfant passe de l'apprentissage d'un mot par semaine à un mot par jour ! (3)

#### 1.2.2.2.2. Le stade à deux mots

Les enfants, vers 2 ans environ, commencent à associer les mots pour faire des phrases. Ils adoptent un style dit « télégraphique » (Maman partie !). Et tout comme les télégrammes, ils respectent d'ors et déjà la syntaxe de leur langue. Ils produisent des phrases le plus souvent par association de verbes et de noms essentiellement : « veux manger ». (1)

Il ne semble pas exister de stade à trois mots ou plus : une fois sortis de cette dernière phase les enfants enrichissent leur vocabulaire et évoluent vers un langage adulte fait de phrases compètes. Il est cependant évident que plus un enfant sera stimulé dans son environnement plus vite et mieux il parlera. Ainsi, bien que les stades soient décrits pour des âges précis des enfants, en fonction des enfants eux mêmes, et de l'environnement dans lequel ils évoluent, l'acquisition du langage sera plus ou moins rapide et le langage plus ou moins riche. (1)

Entre 2 et 7 ans, les enfants se parlent à eux-mêmes. Ils ne savent pas discuter entre eux, même quand ils sont tous ensemble. Ils parlent chacun pour eux et se bornent à heurter leurs affirmations contraires. PIAGET parle de « monologue collectif ». Ainsi même quand ils s'adressent à d'autres personnes, les enfants de cet âge, ne tiennent pas réellement compte de leurs réactions ou de leurs interventions, ce qui donne lieu à des échanges parfois surréalistes et explique que les enfants ne nous « entendent » pas toujours quand nous tentons d'intervenir ou de discuter avec eux. (9,10)

S'agissant d'expliquer le développement du langage, le conflit inné/acquis apparaît. En effet, selon B .E. SKINNER (1957), comportementaliste, le langage se développerait par l'expérience. L'enfant qui gazouille reçoit, de son environnement,

des stimuli et des réactions face aux sons qu'il émet, façonnant ainsi son apprentissage du langage en renforçant ses comportements positifs, c'est à dire des mots et des phrases correctement émis, construits et employés. Pour soutenir ses propos, il expose le constat selon lequel les enfants de parents sourds beaucoup moins exposés au langage l'apprennent via la télévision et surtout beaucoup moins vite ! Par ailleurs, il note que les enfants qui apprennent une deuxième langue, le font avec l'accent de leur langue maternelle. Ce constat est en faveur d'un phénomène d'apprentissage bien plus que d'une capacité innée. (1)

S'oppose à lui NOAM CHOMSKY( 1959-1987) selon lequel la grammaire serait innée et universelle. Partant du constat que les enfants font de nombreuses phrases qu'ils n'ont jamais entendues, ou que des enfants placés ensemble sans langage donné appris auparavant finiront par créer leur propre langage, il soutient l'idée que l'acquisition du langage est principalement innée. (1)

Les experts en neuroscience et cognition affirment que l'apprentissage est crucial dans le développement du langage. Cependant, des études sur des jumeaux ( Plomin et Dale, 2000) ou encore sur une famille londonienne (Lai et coll., 2001) ont montré que certains gènes étaient responsables de la vitesse d'acquisition du langage et que certaines mutations pouvaient mettre à mal les capacités d'apprentissage d'une langue des individus porteurs !(1)

Des enfants sourds du Nicaragua élevés ensemble mais à l'écart du monde, au sein d'une école, ont créé avec le temps, leur propre langue des signes dotée d'une grammaire compliquée. L'inné et l'acquis semblent donc œuvrer ensemble, activés par un contexte social et un environnement, en faveur du développement du langage ( Osborne,1999 ; Senghas et Coppola, 2001).(1)

### 1.2.3. L'influence de l'âge du patient sur sa prise en charge au cabinet dentaire

Les chirurgiens dentistes n'ont actuellement que très peu de patients de moins de 3 ans. Il faut avoir à l'esprit, à plus forte raison que pour les enfants de plus de trois ans, que ce ne sont pas de petits adultes, qu'ils sont limités dans tous les domaines de leur vie quotidienne et dépendants de leurs parents pour survivre.

A partir de 3 ans, l'enfant commence à jouer en imitant et reproduisant des scènes de la vie quotidienne. Le développement émotionnel est très important pour la prise en charge de ces petits patients.

L'angoisse de séparation apparaît avec l'acquisition de la permanence des objet et perdue jusqu'à 3 ans. Il sera par conséquent compliqué de séparer l'enfant de ses parents lors du soin : ils seront plutôt un atout avec des patients de cet âge. Les objets transitionnels doivent être les bienvenus au cabinet dentaire à cet âge et il est important que le praticien ait en tête l'importance de ces objets pour le confort et la réassurance de l'enfant. Les jeux d'imitations devraient pouvoir servir aux praticiens. Cependant, c'est aussi l'âge où le caractère des enfants s'affirment et peut être une entrave aux soins.(11)



Illustration 9: Calvin et Hobbes, Watterson

Les enfants de moins de trois ans ayant un langage limité, s'exprimeront par des pleurs. Il faut l'anticiper et éviter de réprimander l'enfant à ce sujet dans la mesure où c'est son seul moyen d'expression.

Certains enfants seront très coopérants et leur comportement ira bien au delà des attentes du praticien de la part d'enfants de 3 ans et moins. Cependant, la connaissance des étapes du développement des enfants veut que statistiquement ils soient très peu nombreux.

-**Vers 7 mois**, beaucoup d'enfants peuvent être examinés, installés sur un parents.

-**À 12 mois**, beaucoup sont capables d'ouvrir la bouche par imitation, de se laisser brosser les dents par le dentiste, et de permettre au dentiste d'examiner leurs dents et gencives.

-**À 18 mois**, beaucoup commenceront à se brosser les dents par imitation.

-**À 3 ans**, ils pourront commencer à s'asseoir seul sur le fauteuil.

-**À 4 ans**, ils devraient autoriser le dentiste à utiliser ses instruments en bouche et pourront coopérer pour des indications simples, ils commencent à savoir cracher.

- **À 5 ans**, ils doivent pouvoir s'asseoir seul sur le fauteuil, se brosser les dents, coopérer pour des gestes simples, se laisser examiner les dents et les gencives, cracher, et laisser le dentiste utiliser ses instruments en bouche. (11)

Voici donc, à l'usage du praticien, résumé par le biais d'un tableau, les stades de développement de l'enfant et leurs conséquences sur les soins :

<p><b>De 0 a 2 ans</b>  <b>Stade des réflexes</b>  <b>Stade des première habitude motrices</b>  <b>Stade sensorimoteur de l'intelligence</b></p>	<p>L'enfant est dans une illusion de toute-puissance et s'attribue tout ce qui est bon.  La douleur peut très rapidement envahir le bébé, car il n'a ni la notion du temps, ni celle du soulagement.  Progressivement apparaît la peur de situations douloureuses ( entre 6 et 18 mois), accompagnée de manifestation de tristesse ou de colère. Ce n'est qu'a partir de 18 mois qu'il commence a localiser la douleur et à la reconnaître chez les autres.</p>	<p><b>Conséquences sur les soins.</b></p> <p>Il utilise des stratégies non cognitive pour faire face à la douleur( demander a l'adulte de souffler sur une égratignure, ou de faire des câlins ou des bisous..)</p>
<p><b>De 2 a 7 ans</b>  <b>Stade de la pensée préopératoire</b></p>	<p>La pensée est toujours égocentrique. L'enfant a encore du mal à faire la différence entre ses propres pensées et celles des autres. Il ne peut se distancer de son environnement. C'est l'âge des pensées finalistes. La maladie est perçue comme un phénomène extérieur. La douleur est vécue comme une punition. L'enfant tient « l'autre » pour responsable de sa douleur. Il ne peut faire la distinction entre la cause et la conséquence de la douleur, ni établir un rapprochement entre traitement et soulagement de la douleur.</p>	<p>Il faut essayer de connaître les explications qu'il se donner, d'autant qu'il ne cherchera pas à les partager.</p> <p>C'est l'âge où il pense que la douleur peut disparaître par magie, par surprise...  (pommade magique, gélule magique, masque magique pour le protoxyde d'azote)</p>
<p><b>De 7 a 11 ans</b>  <b>Stade des opérations concrètes</b></p>	<p>L'enfant commence à se différencier des autres, la maladie est perçue comme une « contamination » par les plus jeunes ou intériorisée chez les plus âgés. La cause est cependant extérieur a l'enfant, et n'est pas toujours explicite. La douleur est perçue comme une expérience physique localisée dans le corps. Il existe une confusion sur le rôle de chaque organe.</p>	<p>Il demande a être rassuré car il a peur d'une atteinte de son corps. Il faut lui donner des explication sur la maladie et les traitements avec des schémas ou des poupées. C'est l'âge idéal pour apprendre les technique cognitivo-comportementales lors des douleurs récidivantes ou chroniques.</p>
<p><b>Après 11 ans</b>  <b>Stade des opérations formelles.</b></p>	<p>La maladie et la douleur sont comprises de manière plus sophistiquée et peuvent être attribuées à des causes physiologiques et/ou psychologiques, et correspondre à un mauvais fonctionnement d'un organe.</p>	<p>L'enfant est capable de faire face à certaines situations mais ne connaît pas toujours les stratégies cognitives a utiliser.</p>

Tableau 1: Les stades cognitifs de Piaget, la compréhension de la douleur et la maladie et les répercussions sur les soins.(12)



## **2. HYPNOSE : ASPECT MÉTHODOLOGIQUE**

### **2.1. Définitions**

Il est utile de s'intéresser à l'hypnose et à sa définition afin de comprendre dans qu'elles mesures, le langage et l'accompagnement d'un enfant lors d'un soin, sont déjà une forme d'hypnose.

Nous reprendrons ici la définition d' ERICKSON à laquelle nous nous intéresserons tout particulièrement(13). Selon lui, l'état hypnotique est un état modifié de conscience, qui existe naturellement chez chacun d'entre nous. Il l'appelle « transe commune ». Nous l'expérimentons lorsque nous lisons un livre par lequel nous sommes absorbés et que nous ne voyons pas le temps passer par exemple. Cet état privilégie notre fonctionnement inconscient au détriment du fonctionnement conscient habituel. Cela nous permet donc d'avoir accès à nos ressources inconscientes et à nos apprentissages.

SYDNEY ROSEN disait d'ERICKSON qu'il « accentuait un état de conscience dans lequel les personnes étaient plus ouvertes aux changements et aux apprentissages qu'il appela cette « transe ». Ses définitions de l'hypnose varièrent avec les années, mais la dernière qu'il utilisa fut : « l'hypnose est l'évocation et l'utilisation d'apprentissages inconscients ».

Nous citerons également J. GODIN selon qui « l'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel le sujet se détache de son environnement pour fonctionner à un niveau inconscient. Cet « état » n'est rien d'autre que l'amplification de la simple rêverie dans laquelle nous rentrons spontanément plusieurs fois par jour. Dans cet état, le sujet n'obéit pas mais il répond aux propositions du thérapeute, et le sujet est prévenu qu'il garde suffisamment de présence pour pouvoir à tout moment refuser une suggestion ou sortir de l'état. L'état d'hypnose ainsi conçu, loin d'être un état passif de réceptivité ou de suggestibilité,

est un état de travail actif de la part du patient. L'expérience hypnotique est simplement conçue comme un exercice psychologique dans lequel une personne en accompagne une autre. »(13)

L'hypnose Ericksonnienne, qui est l'hypnose médicale d'aujourd'hui, n'est donc pas un rituel mais bien un outil communicationnel à adapter à chaque patient dans un cadre particulier. Même si ERICKSON utilisait parfois une forme rituelle pour déclencher la transe, il utilisait aussi et surtout les conversations. C'est ce qu'on appelle aujourd'hui aussi, l'hypnose conversationnelle. C'est cette même pratique de l'hypnose que nous tenterons d'utiliser dans nos cabinets, avec nos patients afin de modifier leurs comportements et leurs réactions sensorielles.

L'hypnose permet aux patients de changer de comportement de manière spontanée. Cependant, il est impossible d'être spontané lorsqu'un ordre est donné. Il faut considérer le cadre, le contexte dans lequel se trouve le patient. Le praticien communique avec son patient à deux niveaux : d'abord, le cadre lié au contexte d'hypnose indique au patient qu'il doit faire ce que le praticien lui demande. De plus, le praticien au sein de ce cadre demande à son patient d'agir avec spontanéité. C'est en acceptant ces règles contradictoires que le patient bascule dans un fonctionnement de transe. Nous reviendrons sur le concept de cadre.

L'hypnose permet aux praticiens d'avoir de l'influence sur les patients à travers l'emploi habile des mots, des intonations et la communication non verbale. Pendant l'hypnose, le temps et l'espace sont malléables. Lors d'un trajet en voiture, la sensation éprouvée à l'arrivée à destination, de ne pas avoir « vu le temps passer ! » est liée à l'auto-hypnose que nous avons vécue pendant le trajet.

Lorsque deux personnes sont dans une même pièce « ils ne peuvent pas ne pas communiquer » dit WATZALWICK. Ils s'influencent l'un l'autre. Même le fait de ne pas communiquer verbalement, avec un voisin dans l'ascenseur par exemple, est une forme de communication, non verbale. Ainsi, lors d'une séance d'hypnose, le but est d'influencer, notre patient, à travers la communication.

La manipulation par l'hypnose, est donc élevée au rang d'outil thérapeutique.  
(13,14)

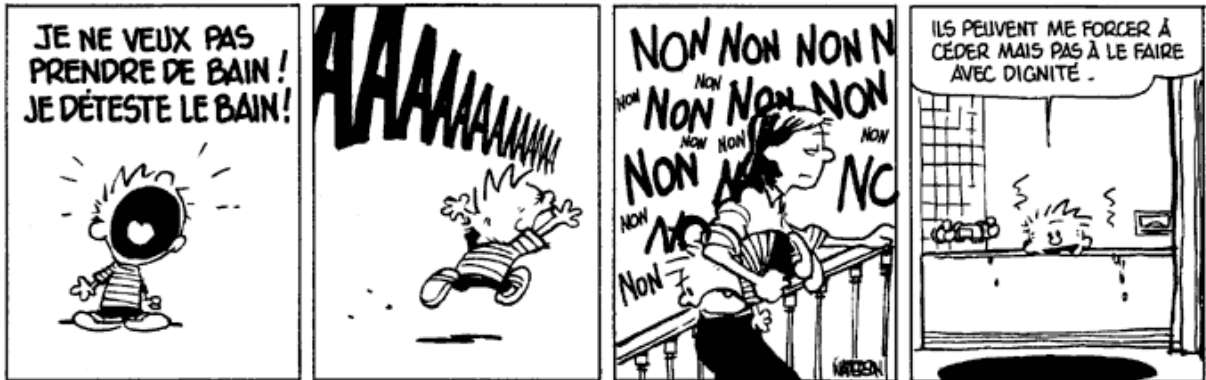


Illustration 10: Calvin et Hobbes, Watterson.

## 2.2. Les bases de l'hypnose Ericksonienne

L'hypnose fait appel à deux notions importantes :

-la subjectivité interne du patient. Ses expériences subjectives de la réalité.

-la dimension externe, interactionnelle, du sujet inséré dans son environnement.

Le but est de modifier spontanément mais durablement le comportement du patient à travers un travail inconscient, lui permettre d'accéder à des ressources qu'il ne soupçonne pas mais qu'il possède.

### 2.2.1. L'inconscient

« L'inconscient se résume à tout ce qui n'est pas conscient » dit ERICKSON.  
(13)

C'est pour lui le lieu où le patient peut trouver des solutions à ses problèmes avec l'aide du thérapeute. Le patient ne peut avoir recours à ces solutions seul, c'est comme si ses apprentissages conscients bridait son inconscient.

C'est « un vaste réservoir d'apprentissages ». Il est fait de ressources et de souvenirs. Il est permanent.

Il protège l'individu, fonctionnant toujours à son avantage. De cette façon, les symptômes, la souffrance, ne sont pas issus de l'inconscient mais bien de mécanismes de défense conscients qui privent l'individu de ses ressources inconscientes. ERICKSON considère que, même une fois les inhibitions du patient levées, l'inconscient respecte la personne. Il n'est pas possible de faire faire ou dire à quelqu'un sous hypnose ce qu'il ne voudrait pas faire dans son état de conscience normal.

C'est un réservoir actif : il intègre, réagit, se souvient. Il est créatif et, les barrières du conscient levées, il pourra inventer de nouveaux comportements et pourra trouver des solutions. Il possède sa propre logique qui peut différer de celle du conscient. Il est donc autonome.

Il fonctionne « au pied de la lettre ». En effet, il n'interprète pas les messages, il les reçoit et répond de façon globale. Il est sensible aux différences plus qu'aux

similarités. Ainsi un mot prononcé avec une intonation différente du reste de la phrase sera l'objet de toute son attention.

Il accorde un sens différent à un message en fonction de son contexte. Il est universel. Il est à l'origine de nos émotions, et doit donc être touché par le thérapeute.

Enfin, l'inconscient peut rester inconscient, et selon ERICKSON, il n'est pas nécessaire pour le patient de prendre conscience de ses conflits internes pour résoudre son problème contrairement aux idées freudiennes.(13,14)

### **2.2.2. Les ressources**

Pour ERICKSON, l'inconscient est un réservoir de ressources. Ces dernières ont différentes formes. En effet, cela concerne tous nos apprentissages, nos souvenirs, nos désirs, nos anticipations.(12,13)

L'hypnose Ericksonienne a pour but de faire en sorte que le patient utilise ses propres ressources pour résoudre ses problèmes. Ce n'est pas le thérapeute qui résout le problème mais bien le patient qui est aidé afin d'accéder à ses ressources propres. Il faut communiquer avec le patient de façon à ce qu'il utilise le meilleur de lui-même pour avancer ou encore lui permettre de voir les choses sous un autre angle, par recadrage. (15)

### **2.2.3. Les deux niveaux du langage**

D'après les auteurs de la programmation neuro linguistique, nous ne pouvons pas ne pas communiquer. En présence d'un autre individu, le fait même de ne pas communiquer est une forme de communication inconsciente. Le fait de parler ou non, d'agir ou non, d'être calme ou agité, tout a valeur de message. (4)

Il existe donc plusieurs niveaux de langage, verbal, ou non.

Le langage verbal est basé sur un code arbitraire. Il est dit « digital » car il n'existe pas de lien direct entre le code et l'idée communiquée. Ce langage permet la mise en œuvre par le praticien de techniques spécifiques comme les métaphores qui s'adressent à la perception inconsciente.

Le langage non verbal correspond à nos manifestations physiologiques et à nos réactions comportementales. Cela comprend notre rythme respiratoire, notre couleur de peau ( lorsqu'on rougit par exemple), l'expression sur notre visage... Il est sur un mode analogique. C'est à dire qu'il existe un lien direct entre le message communiqué et la façon dont on le communique. C'est un message non intentionnel qui est perçu de façon inconsciente par chacun de nous.

L'hypnose utilise ces deux modes de communication permettant une communication de l'inconscient du thérapeute à celui du patient.(13,14)

## **2.2.4. Le changement de la réalité du patient**

### **2.2.4.1. L'orientation à la réalité du patient**

Toujours selon les principes de la programmation neuro linguistique, chaque individu construit sa propre représentation du monde en fonction des informations sensorielles recueillies et du processus interne de combinaison de ces informations. Chacun est convaincu de la validité de sa propre représentation du monde.

Il faut donc accepter la réalité du patient et l'utiliser pour communiquer avec lui. Le thérapeute doit reconnaître l'orientation sensorielle du patient et s'y adapter ainsi qu'à son vocabulaire. Il est primordial de parfaitement s'adapter à la réalité du patient et son langage corporel pour établir un cadre, un code de communication avec lui et permettre de recadrer sa réalité.

La finalité est de soustraire le patient d'une réalité concrète pour le diriger vers une autre réalité existant dans son inconscient à la façon dont les madeleines retirent l'attention de Proust du moment qu'il vit, pour lui faire revivre un souvenir d'enfance. Pour pousser la métaphore s'il avait fallu induire une transe chez Proust lui parler du bruit des oiseaux n'aurait peut être pas fonctionner puisqu'il semble que les informations sensorielles importantes chez lui soit le goût. Par ailleurs, il aurait fallu un praticien à même de s'adapter à son vocabulaire ! Il faut donc absolument s'adapter à son patient et pour cela il faut le connaître !

Pour prendre un autre exemple, dire à un patient avec une douleur dentaire intense de se détendre est parfaitement inadapté. C'est la preuve du décalage des deux réalités vécues par chacun des protagonistes ! Il faut accepter la réalité du patient qui, à ce moment là, se réduit à ses douleurs dentaires. Il est donc d'emblée

concentré sur ses dents, sa bouche. Il faudrait lui rappeler une autre réalité, inconsciente cette fois, comme un souvenir agréable lié au goût d'un aliment, à sa texture, à la sensation de fraîcheur après le brossage. Le patient établit alors lui-même une nouvelle réalité dans sa bouche et l'attention, bien que toujours focalisée sur la bouche, n'est plus complètement à la douleur. Reconnaître la réalité du patient c'est utiliser sa potentielle résistance, l'obstacle potentiel à la communication, de façon à pouvoir communiquer. (13,14)

## **2.2.5. Le concept de cadre**

### **2.2.5.1. Le cadre primaire**

Pour un individu donné un événement n'a de sens que dans un contexte donné : le cadre. Et chaque cadre à ses règles. Les cadres nous permettent de donner du sens aux événements qui s'y produisent dit GOFFMAN. Un individu qui crie, peut être en pleine dispute ou un fervent supporter d'une équipe de foot qui assiste à un match, tout dépend du cadre.

Il arrive que le cadre ne permettent plus de donner du sens à un événement insolites, « surnaturel ». L'événement ne reçoit plus son explication. L'individu est donc troublé. Soit il reçoit une explication qui permet à l'événement de finalement rentrer dans le cadre, soit le cadre est modifié comme l'entend l'individu. C'est ce qu'il se passe avec l'évolution de la science. Il fut un temps où la terre était considérée comme étant plate. Un jour, un individu constate qu'un bateau disparaît à l'horizon :

1/ Le cadre change, la Terre n'est pas plate mais ronde.

2/ La distance est telle qu'on ne peut plus le voir, l'événement reçoit une explication qui permet à l'individu de garder son cadre initial qui est « la Terre est plate ». Cet exemple montre bien qu'en fonction des individus, le cadre que chacun prend pour « la » réalité ne l'est pas nécessairement, d'où l'importance de s'adapter à son patient. Ce qui nous paraît acquis et évident ne l'est pas forcément pour tous, même pour ce qui est de la science. Les religions en sont un autre exemple, certains croient au Big Bang, d'autre à la création de la Terre par Dieu.(13)

C'est le cadre, que le praticien va mettre en place, aussi par les mots, qui conditionne le déroulement du soin et qui permet à l'enfant de vivre ses soins dans

un contexte différent de celui qu'il s'est imaginé ( imprégné de peurs de son entourage).

#### **2.2.5.2. Les ratages**

Les ratages constituent les situations dans lesquelles notre corps échappe à notre contrôle. Notre enfance et notre socialisation nous ont appris que se rouler par terre n'est pas un comportement adéquat dans le cadre social. Cependant, il nous arrive de perdre l'équilibre et de tomber, nous ne sommes plus soumis au cadre social mais au cadre naturel, aux lois de la physique. Nos capacités ne dépendent donc *a priori* pas du cadre dans lequel elles s'exercent. Cependant, ce n'est pas si simple. Les compétences de chacun dépendent parfois du cadre où elles s'exercent. Pendant longtemps, les femmes ne pouvaient pas porter de pantalon. Non pas que cela soit très compliqué, simplement, la loi, donc le cadre, les en empêchait. L'employé qui serait trop démonstratif envers son patron, au travail, parce que ce dernier est aussi un ami en dehors du travail, ferait une erreur de ségrégation de cadre. Nous sommes, la plupart du temps capables d'adopter le comportement adéquat en fonction du cadre qui prévaut. Cependant, il arrive que plusieurs cadrages aient lieu au même moment et l'individu peut se tromper de cadre. Le rôle du praticien est de faire en sorte que le cadre soit facile à lire et le plus confortable possible pour son patient.(13)

Au cabinet dentaire, une fraise, ne se mange pas, la turbine n'est pas celle d'un avion, une couronne n'est pas celle d'une princesse ! Tout dépend donc du cadre, même pour le langage. Il appartient au praticien de choisir ses mots et de faire d'un soin dentaire, une aventure très différente.

#### **2.2.5.3. La modalisation**

La modalisation est le processus qui permet, à partir d'un cadre primaire, dans une situation donnée, de mettre en place un nouveau cadre. (13)



#### 2.2.5.4. Le recadrage

Il sert à modifier le point de vue du patient dans une situation problématique. Il faut replacer le contexte émotionnel et mental du patient dans un autre cadre.

WATZALWICK donne un exemple permettant d'illustrer ce concept. Un enfant ne voulait plus travailler dans une matière pour se venger de son professeur qui l'avait un jour mis à la porte. Le changement de cadre a consisté à lui dire que son professeur serait content de le voir redoubler puisqu'il ne l'aime pas. L'enfant a tout de suite mis autant de volonté à travailler qu'il en avait mis à ne rien faire. Le praticien contourne la résistance du patient et l'utilise, ainsi que ses motivations inconscientes pour communiquer avec son patient et faire naître des comportements dont il peut tirer plus de bénéfices !(13,14)

En effet, afin que le patient puisse trouver les solutions à son problème, il « suffit » parfois simplement de changer son point de vue sur un sujet, de faire d'un mal, un bien. Recadrer le patient consiste à poser son problème différemment, de sorte qu'il puisse le résoudre. Le but est de bousculer le patient, de lui faire mettre de côté sa façon de voir, pour accéder à ses ressources. (15)

#### 2.2.5.5. La transe hypnotique

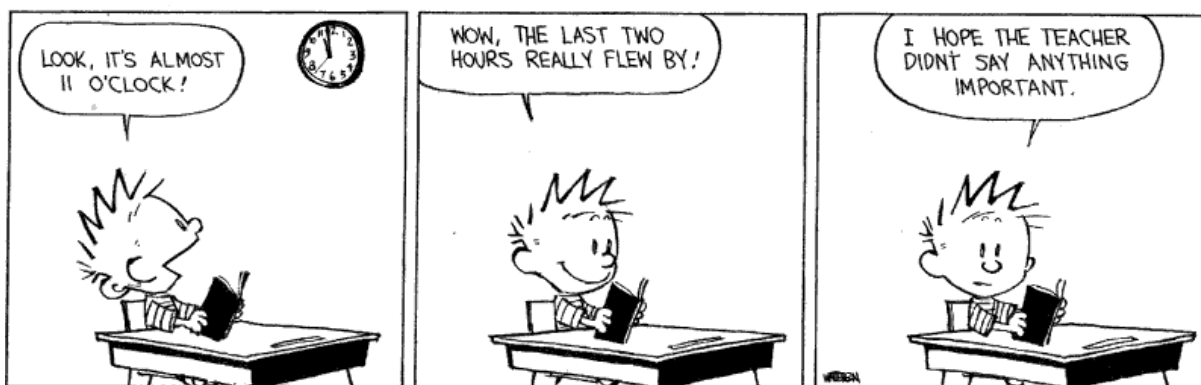


Illustration 11: Calvin and Hobbes, Watterson

La transe hypnotique n'est autre qu'un état de conscience banal éprouvé tous les jours par chacun de nous, selon certains auteurs.(15)

Lorsque nous lisons un livre, que nous faisons la vaisselle, que nous sommes absorbés par un film. Ces activités nous permettent une dissociation. Nous faisons

effectivement la vaisselle, comme un automate, alors qu'intérieurement nous sommes tout à fait à autre chose. Il en est de même en voiture, lorsque nous conduisons par automatisme, réflexe, et que nous réfléchissons à autre chose. Au point parfois de ne pas voir le temps passer et de s'étonner d'être déjà arrivés à destination. Ainsi, l'état de transe est le siège de distorsion temporelle. Toutes les activités monotones sont susceptibles de générer un état de transe. (15)

Par ailleurs, les activités telles que le jogging ou beaucoup de sports, voient leurs pratiquants développer une sorte de dépendance à ses activités qui ne seraient peut être pas tant pratiquées pour leurs effets sur le corps que pour éprouver des moments de relaxation par la transe induite.(12,15)

Ainsi, prendre en charge un patient sous hypnose revient à lui faire faire ce qu'il sait déjà faire, mais qu'il n'a pas l'idée d'utiliser intentionnellement pour résoudre des situations plus ou moins problématiques.(12)

La transe apparaît comme un état dans lequel l'intellectualisation est mise de côté au profit de l'intuition : ainsi les suggestions du praticien sont-elles reçues telles qu'elles sans être jugées ni analysées. (15)

Il existe différents niveaux de transe, comme il existe différents niveaux de sommeil, avec pour chaque niveau des signes physiologiques témoins qui vont permettre au praticien de savoir où en est le patient et d'ajuster son comportement pour induire, approfondir, ou faire quitter cet état. Le tableau suivant permet de résumer ces différentes nuances, et leurs signes respectifs. (13)

## Degrés de profondeur de la transe hypnotique ( modifiés d'après Rager, 1973)

### Transe légère

- légers mouvements, sujet relaxé, battant des paupières ;
- augmentation de la salivation ;
- diminution de la fréquence respiratoire ;
- relaxation de la tête avec affaissement du menton ;
- relaxation des muscles du visage et congestion des lèvres .

### Transe moyenne

- augmentation de la relaxation ;
- changement du rythme respiratoire et du tonus musculaire selon le thème abordé ;
- augmentation de la sensation de calme intérieur ;
- poursuite des réajustements corporels adaptatifs ;
- mouvements oculaires rapides et réponses concrètes aux suggestions.

### Transe profonde

- état somnambulique ;
- lévitation possible des bras ;
- activité physique ralentie ;
- réponse ralentie aux suggestions ;
- difficultés de parler sans stimulation extérieure.

Tableau 2: Les différents niveaux de transe(16)

Il est possible d'observer un relâchement du corps et du visage, une diminution du tonus. En effet, le patient économise ses mouvements, et observe une certaine immobilité. Il est parfois observé des catalepsies localisées ou généralisées. Après le papillonnement des paupières, il arrive que le patient ferme les yeux pour faciliter la focalisation interne. Les rythmes cardiaque et respiratoire ralentissent. Le patient peut parfois faire l'objet de spasmes musculaires qui s'estompent rapidement. Enfin, comme le suggère le tableau suivant, parmi d'autres indices de transe, le réflexe de déglutition peut disparaître. (13,17)

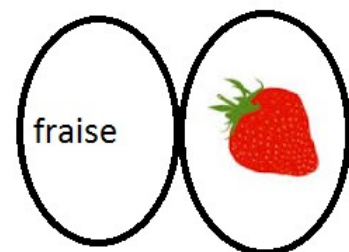
## Indices fréquents de la transe hypnotique

### Indices corporels

- léthargie, détente ( ou activité rythmée) ;
- catalepsie ( inhibition des mouvements volontaires) ;
- mouvements automatiques ;
- relaxation de la musculature volontaire ( visage, cou, nuque, dos, abdomen, bassin, ceintures pelvienne et scapulaire, membres, etc.) ;
- petites saccades musculaires, clignement ou trémulation des paupières ;
- larmoiement, rhinorrhée ;
- activation passagère de la musculature lisse ( salivation, péristaltisme, toux, dilatation bronchique, vasodilatation périphérique) ;
- inhibition du réflexe de déglutition ;
- ralentissement du débit verbal, dysarthrie légère ;
- changement du rythme respiratoire ( en général diminution) ;
- diminution de la tension artérielle ;
- sensation de lourdeur ou de légèreté ( en accord avec le terme abordé) ;
- sensation de chaleur ou de fraîcheur ( en accord avec le thème abordé) ;
- modification du schéma corporel ;
- perception accentuée ( hyperesthésie) partielle ou générale du corps ;
- hypoesthésie ou anesthésie partielle ou générale,
- lévitation spontanée d'un ou plusieurs membres ;
- inhibition ou excitation sensorielle spontanée ( en accord avec les suggestions) .

### Indices psychologiques

- relâchement des associations ;
- pensées de type plus analogique que digitale ;
- interprétation littérale ;
- logique particulière ( transe logic)
- comportement « comme si » ;
- distorsion temporelle ;
- production d'images abstraites ou concrètes ;
- évocation de scène vécues ou fantasmées, « rêves éveillés » ;
- expression facilitées des émotions, abréactions affectives ;
- facilitation des souvenirs ;
- capacité de s'imaginer dans le passé ou dans le futur ;
- hallucinations psychiques ( perçues « dans la tête ») ;
- amnésie, hypermnésie, paramnésie.



cerveau  
gauche:  
digital

cerveau droit:  
analogique

Tableau 3: Indices de la transe hypnotique(16)

## 2.3. Inductions et approfondissement

*L'induction est une technique qui permet au sujet de rentrer dans un état de focalisation interne, et de faciliter l'émergence d'un processus dont le patient garde la maîtrise.(13)*

Notons d'abord que puisque c'est un état que nous éprouvons tous les jours, il existe dans notre quotidien des situations inductrices. Par exemple, l'ennui. Lorsque nous nous ennuyons, nous entrons en transe spontanée car les stimuli environnementaux diminuent. C'est le cas dans les files d'attente.

Cela se produit aussi lorsque notre attention est focalisée sur quelque chose (Par exemple au cinéma). De plus, les stimuli nous rappelant une expérience antérieure, ils peuvent aussi nous faire entrer en transe, comme les madeleines pour Proust, ou certains morceaux de musiques.

Enfin, la confusion peut aussi être inductrice. Lorsque nous ne comprenons pas quelque chose, nous nous posons des questions et donc nous basculons dans une réflexion interne qui est déjà de la transe.

L'induction est en fait une technique qui permet au sujet de rentrer dans un état de focalisation interne. Elle peut être décomposée en deux temps. D'abord la fixation de l'attention puis la dépotentialisation de la conscience, et enfin le développement d'un état modifié de conscience. Selon WATZALWICK l'induction est le phénomène par lequel le cerveau gauche est désactivé, au profit du droit. (18)

Schématiquement, le cerveau gauche serait celui de l'éveil. Il serait verbal, logico-grammatical, rationnel, abstrait et analytique. Il permet de diriger, focaliser, et est à l'origine de tensions. Le cerveau droit lui serait non verbal, visuo-spatial, intuitif, concret et littéral, synthétique, spontané, diffus et générerait du confort. C'est le cerveau de la transe. Cette théorie n'a jamais pu être démontrée mais, il est vrai qu' en état de veille, le comportement se rapproche des grands traits du cerveau gauche, et en transe, du cerveau droit.(4,14,19)

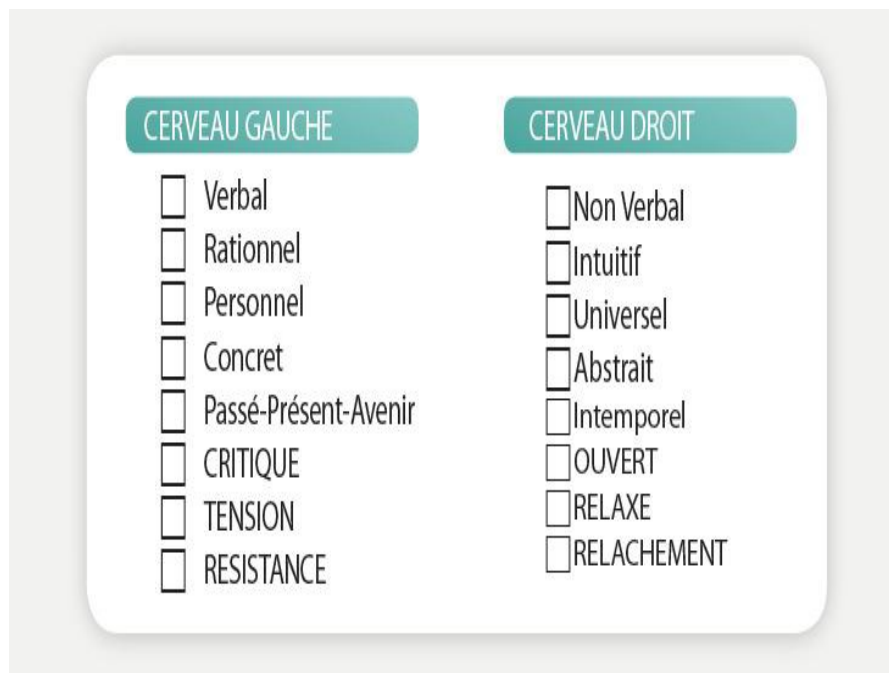


Illustration 12: représentation schématique du cerveau.(42)

L'induction Ericksonnienne se fait sur un mode conversationnel. Le but est de focaliser l'attention du patient vers l'intérieur de lui-même. Ceci est rendu possible par plusieurs techniques :

- **La discussion personnalisée.** Elle consiste à discuter, à demander au patient de visualiser un paysage , des images qui lui sont chères avec des termes suffisamment vagues pour que le patient puisse se faire la meilleure représentation. (13,14)

- **L'utilisation des souvenirs et des expériences du patient.** Il pourra être demandé au patient de se souvenir de ces expériences passées.(13,14)

- **La motivation.** ERICKSON l'expérimente sur son fils Robert, 3 ans. Ce dernier s'est ouvert la lèvre. ERICKSON va alors utiliser le défi pour soulever la motivation de son fils et lui dit : *« lorsque le médecin fait des points de sutures dans ta lèvre, je ne pense pas qu'il puisse y mettre les vingt points de suture que tu pourrais compter. Je ne pense pas qu'il puisse même en mettre dix. Mais vas-y et compte les points de suture et vois s'il peut en mettre au moins dix »* . Ainsi, Robert est allé chez le médecin avec un but à l'esprit ! (13,14)

- **L'évocation d'une autre transe déjà vécue**, en rappelant la sensation d'une transe du quotidien. Les trances quotidiennes sont nombreuses, que cela soit devant la télévision, en lisant un livre prenant, en conduisant. Enfin, apprendre aux patients à pratiquer l'auto-hypnose, peut leur permettre de se souvenir d'autant plus facilement d'une transe antérieure.(13,14)

- **La fixation de l'attention par la surprise et la confusion.** L'effet de surprise peut induire une confusion et une désorientation qui génèrent une réceptivité. La confusion sature nos pensées conscientes et logiques : nous faisons alors appel à nos émotions et à notre spontanéité c'est à dire à l'inconscient ! La confusion peut être créée en posant des séries de questions, en créant une contradiction entre notre communication verbale et non verbale. Dire au patient « asseyez vous sur la chaise rouge » et lui montrer la jaune du doigt. ERICKSON utilisait lui les triples négations, ou énonçait des phrases compliquées et inattendues. On peut aussi modifier des proverbes, changer brutalement de sujet. D'après J. A MALAREWICK , « *Plus les techniques utilisées par le thérapeute « confusionnent » et surprennent le sujet, plus rapidement ce dernier perdra ses repères immédiats. Lorsque ces repères sont perdus, le sujet a tendance à accepter plus facilement ce que le thérapeute propose »* .

En Odontologie pédiatrique, il est assez facile d'utiliser la confusion du patient. Par exemple, au moment de l'anesthésie, le patient est d'emblée dans un état de stress et de panique qui ressemble à de la confusion. Il devient alors possible de décaler l'attention du patient en lui posant toute une série de questions absurdes du type « est-ce que Batman est plus fort que Spiderman ? » sur un ton pressant et insistant comme s'il s'agissait de questions cruciales, voir vitales. Le patient pourrait alors ne plus être focalisé sur sa panique liée à l'anesthésie mais bien sur nos questions alarmantes et sans queue ni tête .(13,14)

- **La résistance.** En Odontologie pédiatrique, cela se traduit le plus souvent par un refus de soin. La résistance est le comportement du sujet qui s'oppose à la prise en charge thérapeutique. ERICKSON se sert de cette résistance dans ses prises en charges de patients et met leur résistance à leur profit. Le but est de ne surtout pas générer de conflit, ne pas prendre le patient de front et ne pas générer de lutte. Il s'agit alors de prendre une « position basse » par rapport au patient, de s'avouer

vaincu dès le départ. Dès lors, le conflit n'est plus possible. On l'appelle aussi la position de « non-savoir ». Le fait de dire au patient que nous ne connaissons pas certaines choses en sous entendant que lui oui, lui permet de développer ses pensées pour nous expliquer. ERICKSON allait jusqu'à demander à ses patients « comment allez vous résister aujourd'hui ? ». Il transformait le conflit en une collaboration ! Concrètement cela pourrait consister à laisser un enfant, qui ne veut pas fermer ses yeux pendant les soins, garder les yeux ouverts et même aller plus loin en lui demandant de toujours bien garder les yeux ouverts ! (20)

- **Le double lien ou le choix illusoire.** Il s'agit de placer le sujet dans une situation où il n'a en fait pas de choix. C'est d'autant plus efficace avec les enfants. C'est par exemple leur demander s'ils veulent aller faire la sieste maintenant ou dans cinq minutes. Cela leur donne l'illusion du choix alors qu'ils perdent totalement la possibilité de choisir si oui ou non ils iront à la sieste. Ainsi cela peut être un formidable outil de suggestion.

Il existe différents types de double lien :

- Le double lien temporel, « je me demande quand vas-tu ressentir les chatouilles : dans quelques secondes ou maintenant ? ».

- Le double lien inverse, qui est très utile chez les patients résistants, « n'ouvre surtout pas la bouche, pas tout de suite, tu attends 10 secondes ». Soit le patient résiste et donc ouvre la bouche tout de suite en opposition à ce qui lui a été demandé, soit il ne résiste pas et il attend pour finalement ouvrir la bouche ».(13,14)

- Le double lien non sequitur. C'est un double lien complètement illogique. Cela bloque le conscient qui tente désespérément de répondre et permet au message secondaire d'être pris en charge à un niveau plus profond. Reprenons l'exemple d'ERICKSON : « Souhaites-tu prendre ton bain avant de te mettre au lit, ou bien, préfères-tu mettre ton pyjama dans la salle de bain ? ». L'enfant ne comprend pas cette logique mais inconsciemment il reçoit toute les informations que l'on veut lui transmettre c'est à dire qu'il va se laver, mettre son pyjama et finalement aller se coucher. (13,14)



Il existe d'autres façon d'induire un état hypnotique :(4,12,21)

- **L'induction visuelle** . Il s'agit de demander au patient de fixer un point, qu'il choisit dans son environnement et de ne pas le quitter des yeux. Il n'est possible, pour personne, de garder une vision claire et nette d'un point fixé sans relâche. Les yeux se fatiguent, la vision se trouble et cela facilite l'induction.

- **L'induction cénesthésique**. Il faut demander au patient de se concentrer sur ses sensations corporelles, pas nécessairement sur la relaxation, simplement les sensations.

- **L'induction olfactive ou gustative**. En effet il est très largement admis que les odeurs et les goûts sont intimement liés aux souvenirs et aux émotions.

- **L'induction par le lieu de sécurité**. Le patient est invité à s'imaginer dans son lieu de sécurité pour se retrouver dans des conditions de confort intérieur. Le lieu de sécurité est le plus souvent associé à une sensation corporelle. Le fait d'évoquer ce lieu permet au patient, par ancrage, de se sentir à nouveau dans cet état. La notion d'ancrage est le fait qu'un état corporel est associé à un élément sensoriel, ou à un mot. Ainsi le « lieu de sécurité » prononcé, le patient doit pouvoir se sentir physiquement comme s'il y était. L'ancrage le plus populaire est celui de la madeleine de Proust. Ici l'élément sensoriel est le goût de la madeleine, qui replonge Proust dans un souvenir qu'il revit littéralement.

*« Et dès que j'eus reconnu le goût du morceau de madeleine trempé dans le tilleul que me donnait ma tante(...) aussitôt la vieille maison grise sur la rue, où était sa chambre, vint comme un décor de théâtre s'appliquer au petit pavillon, donnant sur le jardin, (...) et avec la maison, la ville, (...) la Place où on m'envoyait avant déjeuner, les rues où j'allais faire des courses, les chemins qu'on prenait si le temps était beau »(21)*

L'ancrage est un phénomène naturel que nous avons tous déjà expérimenté.

- **L'induction par lévitation du bras**. Elle est basée sur un mécanisme « idéomoteur », c'est à dire que l'imagination génère un mouvement corporelle. L'exemple le plus souvent utilisé est celui des ballons flottants au bout d'une ficelle

que le patient doit imaginer attachés autour d'un de son poignet et entraînant l'élévation du poignet et du bras désigné. (12)

**-L'induction par la catalepsie du bras.** Il faut placer le poignet du patient, prévenu, près de son épaule, le bras plié, maintenir la position et relâcher lentement le bras du patient. La catalepsie est le phénomène par lequel les muscles restent contractés sans se fatiguer.(12)

### 2.3.1. La communication hypnotique

Nous communiquons bien plus que nous en avons conscience et de ce fait nous captions bien plus d'informations qu'il n'y paraît. Lorsque nous nous exprimons nos mimiques, nos gestes, nos expressions, renseignent notre interlocuteur. C'est ainsi que certains se trahissent lorsqu'ils mentent ! Si la communication n'était qu'un échange d'informations, sans influence sur les récepteurs les « erreurs de communication » n'existeraient pas.

C'est ce niveau inconscient de la communication qui peut largement influencer sur la tournure d'un échange.

La communication n'est pas simplement la transmission d'information d'un récepteur à l'autre, dès que nous communiquons, nous exerçons une influence sur l'autre. (4,12,14)

#### 2.3.1.1. Le feed-back

C'est en observant nos interlocuteurs que nous pouvons évaluer l'influence que nous avons sur eux. Tout le monde a un jour pu faire l'expérience des écarts fréquents qui existent entre l'intention d'un interlocuteur quand il s'exprime et la façon dont l'information est reçue. Le feed-back fonctionne sur le principe d'un thermostat : si le thermostat est réglé afin que la température d'une pièce soit de 30 degrés, dès lors que la température passe sous les 30 degrés le chauffage se met en route, et inversement, lorsque la température a atteint les 30 degrés le chauffage s'éteint. Lorsque nous discutons avec quelqu'un nous avons une intention dans cette communication : lorsque l'effet sur l'interlocuteur n'est pas celui désiré, et nous nous en rendons compte inconsciemment, il faut changer de méthode, changement fait là encore, inconsciemment. L'art de la communication hypnotique ou « réactive » est d'arriver à prendre conscience de tous ces phénomènes.(4)

De la même manière, il existe l'effet Rosenthal ou Pygmalion, « la prédiction qui se réalise d'elle-même ». Cet effet est inévitable dans tous nos rapports aux autres.

Pygmalion était un sculpteur de l'antiquité. D'après la légende, il aurait sculpté la statue d'une femme si belle et si parfaite qu'il en tomba amoureux. Il pria alors

Aphrodite autant qu'il pu afin qu'elle donne vie à cette femme qu'il avait façonnée à son idée, et son souhait fut réalisé.

Rosenthal a, quant à lui, étudié l'enseignement. Deux classes d'élèves ont été confiées respectivement à deux professeurs, à qui il a été dit qu'une des classes était constituée de très bon éléments et l'autre des cancre. La classe supposée abriter des lumières obtenait les meilleurs résultats. En effet, la façon dont le professeur communiquait avec ses champions, a changé l'opinion que les élèves avaient d'eux- mêmes, leur a donné confiance et a potentialisé leurs compétences.

C'est ainsi que toute forme de communication influence inévitablement l'interlocuteur.(4,15)

### **2.3.1.2. Les qualités de l'hypnothérapeute**

Le praticien voulant pratiquer l'hypnose doit avoir deux qualités essentielles :

-Il doit être très à l'écoute des patients et avoir un sens aiguisé de l'observation.

En effet, il doit être capable de percevoir tous les signes indiquant que le patient entre en transe ou au contraire en sort, les indices signant sont stress, ou sa détente, son désaccord, son anxiété.

-Par ailleurs, le praticien doit être créatif car il doit pouvoir s'adapter à la personnalité et aux besoins de chacun de ses patients.(14)

### **2.3.1.3. La voix**

La voix est très importante en hypnose, c'est le canal le plus simple pour la pratiquer. Même si certains praticiens fondent leur induction uniquement sur le toucher, la communication verbale reste plus accessible aux praticiens et particulièrement aux chirurgiens dentistes qui n'ont que rarement les mains libres pendant les soins. De plus, la voix est le seul lien qui reste avec le patient pendant la transe alors qu'il est allongé, les yeux fermés, focalisé sur la voix du praticien. Il semble donc crucial d'y porter une attention particulière.

Afin d'induire un état hypnotique, il conviendra le plus souvent de parler sur les expirations du patient. Cela aura pour effet de se synchroniser avec lui. Si la fréquence respiratoire du patient est trop élevée, il est possible de parler sur une

expiration sur deux . Ensuite, le fait de ralentir notre rythme de parole par rapport au rythme respiratoire du patient permettra de ralentir ce dernier et d'obtenir une relaxation plus intense du patient ainsi qu'un état hypnotique plus profond.

Enfin, le timbre de la voix est également important. Pour induire un état hypnotique, il conviendra souvent de parler avec un timbre de voix plus grave que lorsque nous discutons normalement, et simplement avec notre patient. Un patient habitué aux séances et à cette technique comprendra immédiatement que lorsque notre voix est plus grave, elle s'adresse à l'inconscient. Ainsi, les mots prononcés de façon plus « grave » au sein d'une phrase sur un ton « normal » s'adresseront à l'inconscient, c'est la technique du saupoudrage. Le fait de reprendre une voix « normale » permettra, de plus, de signifier au patient que la séance est terminée et qu'il peut sortir de son état de conscience modifié pour revenir à un état conscient « classique ». (14)

#### **2.3.1.4. La distance par rapport au patient**

La distance entre deux personnes qui discutent ou simplement évoluent au sein d'un même environnement ( un ascenseur, une salle d'attente) dépend de la relation qu'ils entretiennent, de la confiance qu'ils ont l'un en l'autre, de leur accord ou désaccord sur le sujet de la discussion.

Cette théorie doit permettre au praticien de se mettre dans les meilleures conditions de communication avec son patient. Il convient ainsi d'inviter son patient à s'asseoir en premier pour discuter et de s'asseoir en second. C'est à cet instant que le sens de l'observation du praticien doit être mis en œuvre pour détecter la réaction du patient lorsqu'il va lui aussi s'asseoir face au patient. Le patient va adapter la distance avec le praticien en reculant ou en avançant son siège, ou juste en inclinant son buste plus vers l'avant ou l'arrière . Le praticien doit alors se synchroniser sur son patient et l'imiter. Si le patient se redresse dans le fond de son siège, la distance est trop courte pour lui, il faut donc pour qu'il soit à l'aise l'augmenter et se reculer à son tour. Il faut dans la mesure du possible, respecter cette distance afin que la relation patient-praticien soit optimale. Si le patient se rapproche il faut faire de même jusqu'à trouver la distance à laquelle la discussion est la plus confortable pour

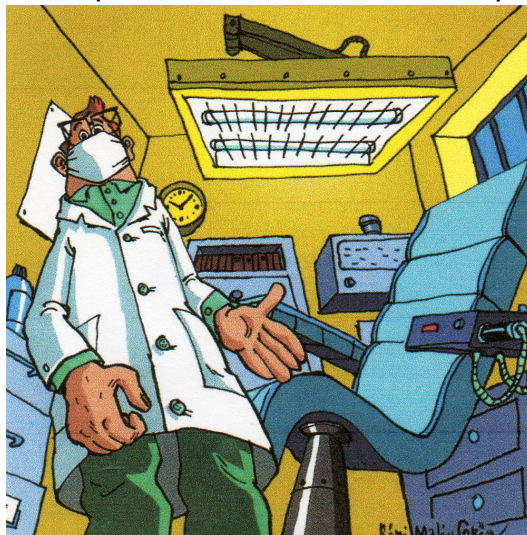
le patient qui se sent plus en confiance. Évidemment cette distance risque de changer et d'évoluer au fil de la discussion. Un patient qui se détend et prend confiance se rapprochera. Un patient amené à discuter d'un sujet qui lui déplaît va reculer voir partir. Il faut respecter cette distance pour s'adapter parfaitement au patient. (14,22)

### 2.3.1.5. La synchronisation

L'approche Ericksonienne a pour principe clé, l'adaptation au patient. Ainsi il faut se synchroniser au patient, au niveau verbal et non verbal de la communication.

Dans un premier temps, sur le même principe que celui de la distance interpersonnelle, il est nécessaire d'observer le patient et imiter à la fois sa posture, et son langage. Si le patient se tient affalé dans son fauteuil, en retrait les bras croisés et que le praticien se tient droit comme un « i », les bras grand ouverts sur le bureau, le praticien domine le patient et ce rapport dominé/ dominant n'est pas du tout en faveur d'une bonne relation avec son patient. (4)

C'est ainsi que le langage corporel est tout aussi important que le langage verbal. En effet, un langage corporel traduisant l'agacement, l'impatience et le stress ne sera pas compensé par un langage verbal qui essaierait de détendre le patient !



*Illustration 13: Le praticien, dominant, à la hauteur d'un enfant. (40)*

De plus, il est essentiel d'adapter son langage verbal au patient afin qu'il se sente compris et en confiance. Cette technique s'appelle aussi le *pacing*. Pour prendre un exemple extrême, un patient à qui le praticien parlerait comme à un

confrère alors qu'il ne parle pas bien le français, ne comprendrait pas ce qui lui est dit et donc se sentirait mal et incompris, et pourrait même mésestimer un praticien qui ne fait manifestement aucun effort pour essayer de se faire comprendre. L'exemple des enfants est tout à fait judicieux ici, puisqu'un enfant à qui les explications seraient données comme à un adulte et qui ne comprendrait pas ce qui lui est dit, ni ce qui va être fait, ne serait pas du tout en confiance .

Certains thérapeutes ont poussé l'art de se synchroniser au patient, allant jusqu'à imiter leurs moindres faits et gestes : c'est la technique du *mirroring*. Si le patient se passe la main dans les cheveux pendant la discussion, s'il se mouche, s'il regarde son téléphone, s'il baille, le praticien le fait aussi, de façon décalée dans le temps dans un souci de subtilité.

Afin de se synchroniser au mieux au patient, il convient d'identifier son canal sensoriel préférentiel, et d'y adapter notre communication et notre langage. Le canal sensoriel préférentiel correspond à la façon dont le patient voit et interprète le monde, aux sens qu'il utilise le plus pour concevoir l'environnement et sa pensée.

Il existe une technique pour déceler le canal préférentiel du patient :

**Le système VAKOG**, anagramme pour « Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif. ». Avec cette théorie, il faut là encore observer le patient et l'écouter s'exprimer. Si le patient dit « je vois ce que vous voulez dire », il semble que son canal sensoriel préférentiel soit le canal visuel. S'il dit, « j'entends bien », son canal sera auditif. Ou encore s'il dit « je suis touché », son canal sera kinesthésique. Il s'agit de repérer les prédicats du patient ( verbes, adjectifs, substantifs, adverbes) et de les inclure dans notre langage. Cette technique est issue de la PNL (Programmation neuro-linguistique) bien qu'elle fût construite sur la base des techniques d'observation et de communication d'ERICKSON. C'est, avec la technique de l'ancrage, les deux grandes idées de la PNL utilisées en hypnose.

### **2.3.1.6. La position basse**

L'adoption d'une position basse, par le praticien, par rapport au patient est une technique très utilisée en hypnose. Il s'agit, par le langage verbal et corporel, de laisser penser au patient qu'il est dominant par rapport au praticien.

Elle sert à la fois à limiter les résistances en évitant la création de défi, de conflit, de rapport de forces entre les deux protagonistes puisque le praticien se place immédiatement en position de « dominé ». Le praticien peut, par exemple, signifier au patient qu'il n'est pas dans un bon jour, qu'il a eu une rude journée.

Enfin, la position de « non savoir », qui est aussi une position basse, force le patient à réfléchir, à prendre son temps, à faire l'effort, de vraiment décrire ce qu'il pense et ainsi nous renseigner le plus précisément possible.(14)

La synchronisation avec le patient est donc le phénomène nous permettant d'établir le contact avec lui et une relation de confiance. Elle peut prendre différentes formes, qu'elle soient non verbales ( corps entier, moitié du corps, angle tête épaule, expression du visage, gestes et mouvements répétitifs, respiration, caractéristiques vocales), ou verbales, tant au niveau de la forme du discours que de son contenu.

Pour savoir si le contact est établi, il suffit de changer quelque chose dans notre attitude, de tenter de désynchroniser quelque chose et d'observer la réaction du patient. S'il se synchronise sur le praticien à son tour, le contact est établi, et le praticien peut ainsi mener la relation dans la direction appropriée. (4)



## 2.3.2. Le langage hypnotique

Il existe de nombreuses subtilités de langage permettant d'amener le patient à un état hypnotique, ainsi que beaucoup de techniques d'induction à associer aux spécificités langagières.

### 2.3.2.1. Le saupoudrage

**Le saupoudrage** est une technique communicationnelle qui nous permet de communiquer avec l'inconscient des patients. En effet, lors de la prise en charge du patient sous hypnose le praticien va mettre l'accent de façon très subtile sur certains mots, soit en marquant des pauses avant ou après ces mots « clés », soit en les prononçant plus lentement ou en insistant dessus de sorte que le patient reçoive un message important au sein d'un discours en apparence sans importance ni même sans lien avec le patient. Le saupoudrage est une forme de code. À l'échelle d'un mot, c'est comme si certaines lettres de ce mot étaient écrites en majuscules et, ces lettres mises les unes à la suite des autres, forment un mot tout a fait différent du mot de départ : « derrière » pourrait être écrit : dèrRIèRE et il faudrait donc lire RIRE ! Le saupoudrage consiste à mettre certains mots d'une phrase « en majuscules » afin de véhiculer à l'inconscient du patient un message suffisamment subtile pour ne pas braquer le conscient et pour détourner les résistances. Un peu à la façon d'un message subliminal adressé à l'inconscient.(13)

Par exemple, a phrase « ce fauteuil à l'air très ferme, à tes yeux comment est-il ? » laisse entendre : « ferme tes yeux ».

#### 2.3.2.1.1. Les truismes

**Les truismes** constituent une technique d'induction et de maintien de l'état hypnotique. Il s'agit en fait d'énoncer au patient une suite d'évidence, de phrases avec lesquelles il ne peut qu'être d'accord. De cette façon les résistances sont diminuées et l'état de transe peut être induit. Nous pourrions dire à un patient assis sur le fauteuil dentaire « qu'il est assis », « sur le fauteuil », « qu'il sent le contact du siège avec son dos » ...Les truismes sont des sortes de « constats d'évidence! ». (13)

### **2.3.2.1.2. L'implication**

Le fait de dire à l'enfant « je ne sais pas quand tu va ressentir des chatouilles dans tes pieds » IMPLIQUE qu'à un moment ou à un autre les chatouilles vont effectivement arriver. C'est une forme de suggestion, une façon de s'adresser à l'inconscient. (13)

### **2.3.2.1.3. Les négations**

Les négations sont très importantes dans le langage hypnotique tant au moment de l'induction que du maintien de l'état hypnotique et du déroulement des soins. En effet, les négations, surtout enchaînées à la suite, sont souvent plus compliquées à comprendre que les affirmations. Ainsi, nous générons la confusion, le patient peut donc plus facilement se centrer sur ce que nous lui avons dit et non plus sur ses résistances et donc entrer en transe. Les phrases comme « je ne sais pas que tu ne sais pas que je ne sais pas » demande beaucoup de concentration afin d'en comprendre le sens.

D'autre part, la négation peut être employée afin de faire des suggestions indirectes au patient et à contourner ses résistances puisqu'il est invité à dire « non ». « Surtout, surtout, n'ouvre pas la bouche avant d'être installé sur le fauteuil ». Le patient est inconsciemment invité à ouvrir la bouche dès qu'il sera installé sur le fauteuil et à refuser de le faire avant cela. Il a donc la possibilité de ne pas faire ce que nous attendons de lui dans une certaine mesure.

Enfin la négation peut être permissive, « tu n'as même pas besoin de garder les yeux ouverts », laisse le choix de comportement au patient. (13)

### **2.3.2.1.4. Les suggestions(13,14)**

Les suggestions font partie intégrante du langage hypnotique. Elles peuvent être verbales ou non. Elles peuvent être utilisées afin d'approfondir la transe ou de favoriser un confort physique pour le patient. Enfin, elles peuvent être utilisées, lors de la prise en charge des patients en Odontologie, afin de changer le comportement après la séance d'hypnose. Ces dernières s'appellent des suggestions post-

hypnotiques elles auraient pour but, dans le cas présent, de faire en sorte de modifier les habitudes d'hygiène bucco-dentaire des enfants afin qu'ils se brossent les dents tous les jours deux fois par jour par eux-mêmes. Ces suggestions relèvent plus de la psychologie que du soin en lui-même et sont donc, pour l'instant, peu utilisées. A plus forte raison, les enfants, surtout les plus jeunes, n'étant pas les seuls responsables de leurs habitudes d'hygiène dentaire et alimentaire, ce n'est pas à eux seuls que devraient s'adresser ces suggestions, mais aussi à leurs parents.

Parmi les suggestions se trouvent :

#### **2.3.2.1.4.1. Les suggestions ouvertes**

Elles correspondent aux suggestions recouvrant toutes les réponses possibles. Toutes les sensations du patient sont une réponse possible à ces suggestions. Par exemple, la phrase « tu vas peut être ressentir des chatouilles, dans les mains, ou dans les pieds, ou sur la langue, ou autres choses que des chatouilles » induit que quelque soit ce que le patient ressent, ce qui est inévitable, cela répond à la suggestion. Si on rétrécissait le champ de réponse en disant « tu vas ressentir de la chaleur » alors que le patient n'en ressent pas, la réponse, c'est à dire les sensations du patient ne seraient pas en adéquation ( avec notre suggestion) et l'état d'hypnose serait compromis.(13)

#### **2.3.2.1.4.2. Les suggestions directes.**

Le patient n'a pas besoin du contexte pour les comprendre. Cela ressemble à un ordre donné sur un mode impératif. C'est pour cela qu'elles sont peu utilisées pour induire la transe parce qu'elles ont tendance à renforcer les résistances : « plus je te parle et plus tes mains sont lourdes ! ». A plus forte raison, les enfants pourront faire décoller leurs mains des fauteuils pour aller à l'encontre de nos suggestions, consciemment ou non . Elles ne seront donc utilisées qu'une fois la transe mise en place. (14)

### **2.3.2.1.4.3. Les suggestions indirectes**

Les suggestions directes « N'ai pas peur » « détends-toi » sont peu efficaces et veulent que le comportement du patient soit celui évoqué :

Suggestion « détends-toi » -----> Comportement désiré « la détente »

Les suggestion indirectes sont différentes.

suggestion A ---> notion A---->évocation B -----> comportement B .

Il existe différentes façons d'évoquer la détente : à la fois par notre intonation, notre façon de parler, à voix basse, calmement, mais aussi en parlant aux patients de sujets susceptibles d'évoquer pour eux la détente et de créer en eux cet état détendu. Il est évident qu'un praticien complètement stressé, paniqué et énervé ne pourra pas induire autre chose que le stress chez son patient. Par ailleurs, parler à un patient qui aurait peur de l'eau, de la mer et des vagues ne générera pas non plus la détente ! Il faut choisir le sujet qui intéressera le patient et utilisé un vocabulaire qui évoquerait le comportement que nous désirons voir chez le patient. Certains mots devront être évités pour détendre un patient, des mots tels que « contraction », « contention », « crispation » même avec une négation car le cerveau pour intégrer la négation doit d'abord penser à l'affirmation pour imaginer son contraire ! (14)

### **2.3.2.1.4.4. Le langage figuratif : les métaphores**

La métaphore a plusieurs intérêts. Elle sert à évoquer et discuter d'un problème sans effectivement en parler dans les cas de résistance, par exemple. Pour certains patients, le simple fait d'évoquer le problème entraîne des réactions disproportionnées. C'est souvent le cas chez les petits patients lorsqu'on leur parle de « piqûre ». La métaphore sert ici à camoufler l'élément problématique pour qu'il échappe au cerveau gauche mais soit inconsciemment compris.

La métaphore sert aussi à obtenir des effets physiologiques, sur le corps du patient. Carl SIMONTON encourageait ses patients à se faire une image de leur maladie et tentait de modifier petit à petit cette image par des suggestions de bien être afin qu'ils éprouvent finalement réellement ce bien être. (13,23) Elle permet de passer du mot au symptôme et inversement.(24)

En dentisterie, il pourrait s'agir de demander au patient d'imaginer que dans sa bouche, il y a un petit robinet par lequel s'écoule la salive, et ensuite lui demander de fermer, petit à petit ce robinet, pour ainsi diminuer le débit salivaire et faciliter le travail du praticien. (25)

La métaphore entraîne un recadrage, elle permet au patient de voir sa situation sous un autre angle.

Pour fonctionner, elle doit être particulièrement adaptée au patient pour qu'il se l'approprie facilement, tant au niveau du sens de la métaphore qu'au niveau du canal sensoriel privilégié du patient. Enfin, elle doit avoir un début et une fin et véhiculer une dynamique, un changement en mieux, une amélioration. (13,14,16)

Pour construire une métaphore, le praticien peut utiliser différents domaines. Il peut à la façon d'ERICKSON, raconter les histoires qui sont arrivées à un ami, et transposer la situation du patient sur une autre personne. Il est possible d'utiliser le domaine professionnel du patient (un mécanicien sera parfaitement à même de comprendre comment fonctionne un arrache couronne, puisqu'il possède le même outils afin de dégripper les disques de freinages, ou bien la clé dynamométrique qu'il utilise pour serrer les boulons des roues des voitures ressemble vraiment à nos clés de serrage des implants!). Pour un enfant, le praticien pourra utiliser des métaphores liées à l'école ( la cour de récréation, la sonnerie...). Il peut aussi utiliser les passions du patients, l'histoire peut se passer dans le domaine de prédilection du patient ( le sport, la musique...) ou encore dans la nature. C'est en quelque sorte le principe des fables de LA FONTAINE ! (13)

La métaphore doit être subtile et le patient ne doit pas se reconnaître dans nos dires lorsque nous voulons l'utiliser afin d'éviter les résistances du patient, sinon il pourrait la rejeter.

Par ailleurs, si le patient utilise lui-même des métaphores, nous pourrons, dans un souci de synchronisation, poursuivre ses métaphores à notre compte.

### **3. HYPNOSE : ASPECT CLINIQUE**

#### **3.1. Les particularités de l'hypnose en fonction de l'âge du patient**

Au cabinet dentaire, l'hypnose sera surtout utilisée afin de prendre en charge le jeune patient anxieux. Cependant, il faut noter que l'hypnose permet également de prendre en charge la douleur et enfin d'influencer certains paramètres biologiques comme l'hémostase et le débit salivaire.(12,25)

Enfin, une autre facette de l'hypnose s'ouvre au chirurgien dentiste, s'approchant plus des psychothérapies, grâce aux suggestions post-hypnotiques. C'est ainsi qu'il est possible pour le praticien de faire cesser la succion du pouce par exemple. Ce phénomène est basé sur l'effet positif qu'a le praticien sur son patient. Comme l'ont montré les études sur l'effet placebo, le corps suit l'effet positif qu'a le médecin sur le mental du patient. (26)

Utiliser l'hypnose pour prendre en charge un enfant, c'est lui faire faire tout ce qu'il fait déjà. En effet, les enfants utilisent leur imagination à longueur de temps. Ils sont doués pour être « dans la lune », pour faire « comme si ». Ils savent imaginer et rêver naturellement !(27)

##### **3.1.1. Adaptation des propositions**

###### **3.1.1.1. Techniques d'induction adaptées à l'âge du patient**

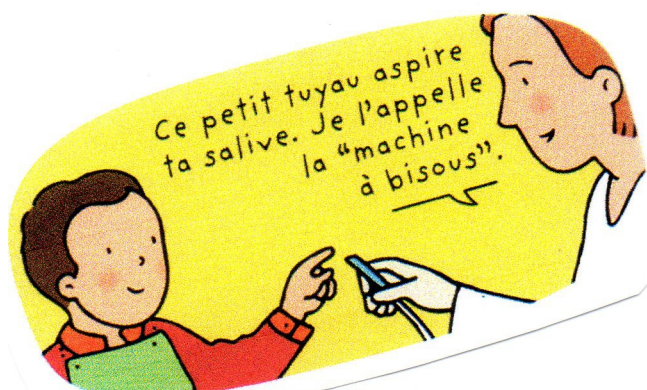
Entre 0 et 3 ans, l'hypnose s'apparente plus à de la distraction. A partir de 3 ans, les techniques d'imagerie visuelle notamment, et toutes les techniques d'induction sont réalisables et à adapter à l'âge de l'enfant et à l'enfant lui même. Le praticien doit être entièrement disponible pour l'enfant qui, doit ressentir cette « bulle » de communication particulière avec le praticien. Ce sera d'autant plus simple que le praticien aura gardé son âme d'enfant.

Il est facile de comprendre qu'un praticien fatigué, stressé, qui aura peur du ridicule ou qui ne serait pas convaincu de l'efficacité de ce qu'il propose aura des difficultés à faire adhérer l'enfant. De plus, si le praticien s'ennuie dans son récit, l'enfant le ressentira aussi. Pour contrer cela, le praticien doit absolument rechercher une participation active de l'enfant afin de captiver son attention, et ce par différentes techniques en fonction de son âge :

<b>Phase pré verbale (0 à 2 ans)</b>	Stimulation auditive; musique ou tout son ronronnant tel que rasoir électrique, sèche cheveux ou aspirateur placé hors de portée de l'enfant. Stimulation visuelle: mobiles ou autres objets changeant de forme, de couleur ou de position. Présentation à l'enfant d'une poupée ou d'une peluche.
<b>Début de la phase verbale (2 à 4 ans)</b>	Faire des bulles de savon. Livres animés. Contes. Visionneuse stéréoscopique. Activité favorite. Parler à l'enfant par le biais d'une poupée ou d'un animal en peluche. Poupée de chiffon. Ours en peluche. Regarder une induction menée sur soi-même sur une cassette vidéo.
<b>Phase préscolaires et début de la phase scolaire (4 à 6 ans)</b>	Expirer a fond. Lieu favori. Animaux multiples. Jardin fleuri. Contes (seul ou en groupe). Chêne puissant. Observer une pièce. Observer les lettres. Livres animés. Imagination télévisuelle. Visionneuse stéréoscopique. Cassette vidéo. Balle bondissante. Bio-feed-back thermique ( et autre). Lévitacion inversée des doigts. Terrain de jeux.
<b>Moyenne enfance (7 à 11 ans)</b>	Activité favorite. Lieu favori. Observer les nuages. Couverture volante. Jeux vidéo ( réel ou imaginaire). Faire du vélo. Lévitacion inversée du bras. souffler à fond de ses capacités. Musique favorite. S'écouter sur un enregistrement audio. Observer une pièce. Fixation d'un point sur la main. Attraction réciproque des mains (doigts). Rigidité du bras.
<b>Adolescence (12 à 18 ans)</b>	Lieu ou activité favorite. Activité sportive. Catalepsie du bras. Concentration sur sa respiration. Jeux vidéo ( réel ou imaginaires). Fixation oculaire sur une main. Conduite automobile. Jouer ou écouter de la musique. Lévitacion de la main.

Tableau 4: Techniques d'induction par classe d'âge (d'après Olness, Kohen, 2006)(12)

### 3.1.1.1.1. Adaptation du vocabulaire dentaire



*Illustration 14: Extrait du livret de présentation préparé avec des professionnels par l'Association Sparadrapp " je vais chez le dentiste".(40)*

Ce sont bien des mots qui transmettent à l'enfant, la peur du dentiste. Partant de ce constat, le but sera de choisir les mots pour ne pas induire de peur mais surtout induire les sensations les plus agréables possibles pour l'enfant. Sur le principe des effets placebo et nocebo, les mots du praticien peuvent changer un soin anxiogène en une aventure positive ! (28) Voici donc quelques exemples de mots à utiliser plutôt que d'autres.

<b><u>Amalgame</u></b>	Pâte à modeler argenté, pansement
<b><u>Avulsion</u></b>	Cueillir, faire de la balançoire
<b><u>Bactéries</u></b>	Microbes, bêtes, des Minions, des soldats !
<b><u>Carie</u></b>	Caverne, grotte, château, un terrain de foot qu'il faut faire propre pour le match ou pour les princesses !
<b><u>Champ opératoire</u></b>	Parapluie, robe de princesse
<b><u>Clamp</u></b>	Couronne de roi, reine.
<b><u>Matériau à empreinte</u></b>	Chewing-gum, pâte à modeler.
<b><u>Sonde</u></b>	Explorateur ( Dora), compteur de dent
<b><u>Salive</u></b>	Bave d'escargot
<b><u>Rotatifs</u></b>	Flash Mac queen/formule 1 ( turbine), Martin( contre angle)/ tracteur, balayettes pour faire le ménage
<b><u>Aspiration</u></b>	Aspirateur pour faire le ménage, machine à bisous
<b><u>Test au froid</u></b>	Petite boule de glace pour la dent, quel parfum ? Boule de neige.
<b><u>Test de percussion</u></b>	Jeu, « toc toc, y a-t-il quelqu'un ? »
<b><u>Seringue air/eau</u></b>	Vent/ pluie/pistolet à eau



<b><u>Radio</u></b>	Photo magique
<b><u>Brossettes sur contre angle</u></b>	Brosse à dent électrique
<b><u>Anesthésie</u></b>	Faire ronfler la dent moustique potion magique d'Asterix ou tout autre héros plus « récent ! »
<b><u>SleeperOne/Quicksleeper®</u></b>	Stylo magique, baguette magique ( Harry Potter, fée...)
<b><u>Couronne préformée</u></b>	Chapeau
<b><u>Ouvrir la bouche</u></b>	Faire une bouche de lion, de crocodile, allumer la lumière
<b><u>Scialytique</u></b>	Soleil, les projecteurs de la scène
<b><u>Sealant</u></b>	Vernis
<b><u>Mordançage</u></b>	Peinture bleue, de Schtroupmf
<b><u>Lampe à photopolymériser</u></b>	Lampe de Buzz l'éclair !
<b><u>MEOPA</u></b>	Air magique
<b><u>Plaque dentaire</u></b>	Boue sur le terrain de foot, des saletés
<b><u>Porte empreinte</u></b>	Grande cuillère, pelle, plateau
<b><u>Cale</u></b>	Banquette, canapé pour que les dents se reposent
<b><u>Rouleau de coton salivaire</u></b>	Coussin
<b><u>Anesthésie de contact</u></b>	Oreiller/coussin/ boule de neige
<b><u>Syndesmotome</u></b>	Feutre
<b><u>Davier</u></b>	Sébastien le crabe, le copain de la petite souris, un oiseau avec un bec ( zazou, Donald, un petit canard )
<b><u>Compresse</u></b>	Coussin, couverture, serviette ...
<b><u>Matrice</u></b>	Bague, un moule à gâteau, porte
<b><u>Polir</u></b>	Faire briller

Tableau 5: Adaptation des termes dentaires( source personnelle)

Cette liste, n'est pas exhaustive et surtout tout dépend de l'histoire dans laquelle le praticien veut emmener l'enfant en fonction de ce qu'il aime. Par ailleurs, un adolescent n'appréciera pas forcément d'être traité comme un très petit, il faudra donc adapter nos termes à chaque patient !

### **3.1.2. L'utilisation de l'hypnose pour la réalisation de soins chez l'enfant**

Dans un premier temps, il paraît essentiel de mettre à profit toutes techniques pharmacologiques ou non utiles à la diminution de la douleur, et de l'anxiété lors du soin. Ainsi, l'environnement du cabinet dentaire est crucial. Un environnement rassurant et adapté aux enfants pourra réduire l'anxiété. Par ailleurs, tous les sens sont concernés s'agissant de l'environnement. Ainsi des rotatifs les moins bruyants possible seront à envisager pour la prise en charge des enfants. Enfin, le respect de protocoles de soins établi facilitera aussi les soins. Cela signifie que ce n'est pas parce que l'hypnose permet d'obtenir une analgésie et même une anesthésie qu'il faudra se priver d'injection et surtout d'anesthésique de contact, sauf en cas d'allergie ou de contre-indications.

### **3.1.3. Déroulement d'une séance**

#### **3.1.3.1. L'entretien préalable**

Afin de prendre en charge un enfant sous hypnose, il faut dans un premier temps apprendre à le connaître. A cet effet, il est préférable de réaliser un entretien préalable aux soins avec l'enfant, aussi court soit-il. Le but est de cerner le stade de développement de l'enfant afin de savoir ce qu'il est à même de comprendre et faire. De plus, il s'agit de se synchroniser avec lui, c'est-à-dire de repérer le sens qu'il privilégie pour appréhender le monde, adopter son langage et ses métaphores. (3,23)

Lors de cet entretien, il faudra réussir à cerner les centres d'intérêts de l'enfant, ses goûts, ses activités, son langage et son canal sensoriel préférentiel, son stade de développement cognitif et enfin, il faudra réussir à faire émerger une demande de sa part. S'agissant de ce dernier point, il faut prendre un peu de recul. L'enfant ne vient pas chez le dentiste tout seul. Il est amené par ses parents, qui ont tendance à parler pour lui et parfois même à l'exclure de la relation avec le dentiste en s'étalant parfois sur une demande qui n'est pas celle de l'enfant. Il est nécessaire de laisser toute sa place à l'enfant dans la relation avec le praticien, de respecter ses silences

et de faire ressortir une demande de sa part, sinon il ne fait que subir un soin, sans qu'on ait donné de sens à ce dernier.

Par ailleurs, il est possible de faire des parents des alliés, surtout au cours d'un entretien préalable où ils peuvent amener des sujets que l'enfant apprécie, ses centres d'intérêts.

De nombreuses études ont, par contre, démontré la forte corrélation entre l'anxiété de la mère et celle de son enfant. Pour cette raison, il est capital, que la relation triangulaire établie entre l'enfant, le praticien et les parents soit de la meilleure qualité possible.(23)

Il n'est pas toujours nécessaire dans la prise en charge des enfants, pour qui un état de transe légère est généralement suffisant pour l'acceptation des soins, de le préciser aux parents ou à l'enfant. Le mot « hypnose ». En effet, si pour l'adulte, il faudra expliquer ce qu'est l'hypnose, balayer ses idées reçues afin que le patient puisse accepter cette idée, les enfants, eux, ne demandent qu'un minimum de préparation. Il pourra simplement être expliqué au patient que le but des exercices, ou des jeux qu'ils vont réaliser avec le praticien est de leur rendre le soin plus agréable, de les détendre, de faire s'envoler leur peur ou leur boule dans le ventre, de leur occuper l'esprit.

Si par contre l'enfant est plus âgé ou qu'il est nécessaire d'obtenir un état de transe plus profonde, il pourra être précisé au patient et à ses parents que l'hypnose est ici un exercice de relaxation ou de concentration intense, que cela n'a rien avoir avec le sommeil et que le patient reste toujours en pleine possession de ses moyens, même ceux qu'il ne soupçonne pas ! Le praticien pourra aussi préciser qu'il ne s'agit de rien d'autre que d'un état expérimenté tous les jours, devant la télévision, ou dans d'autres situations très communes afin de démystifier l'hypnose. Il est essentiel pour tout cela, que l'enfant comme les parents aient confiance en leur praticien. (13,29)

#### IDÉES FAUSSES CONCERNANTS L'HYPNOSE

1. L'hypnose est un état entièrement induit ou provoqué chez le sujet par l'hypnotiseur.  
Un hypnotiseur doit être dynamique, énergique ou avoir une personnalité charismatique, voir mystérieuse ; seules les personnes faibles ou malades peuvent être hypnotisées.
2. L'hypnose entraîne un combat entre la volonté de l'hypnotisé et celle de l'hypnotiseur qui a besoin d'une volonté plus forte que celle du sujet.
3. L'hypnose est un état inhabituel, anormal ou artificiel.
4. L'hypnose est une forme de sommeil.
5. Le sujet est sous le contrôle de l'hypnotiseur qui l'obligerait à faire des choses qu'il ne ferait pas habituellement ou l'entraînerait à révéler des secrets.
6. L'hypnose peut être nocive pour le sujet.
7. L'hypnose est une forme de traitement, ou est une thérapeutique en elle même.
8. Un sujet développe des capacités physiques, mentales ou extrasensorielles et acquiert des pouvoirs sous hypnose.
9. La suppression du symptôme entraîne l'apparition d'un nouveau symptôme.
10. Les femmes sont plus hypnotisables que les hommes.
11. L'hypnose est seulement un phénomène psychologique superficiel.

Tableau 6: Idées fausses concernant l'hypnose.(24)

Le but, lors de la réalisation des soins, est de permettre à l'enfant de se plonger dans son imaginaire pour s'extraire d'une situation inconfortable.(30)

Les enfants sont globalement plus réceptifs à l'hypnose que les adultes.(31)

L'âge idéal s'étale de 7 à 14 ans.(32)

En pédiatrie, l'hypnose conversationnelle est la forme la plus utilisée. Elle est considérée comme un mode de communication différent, comme l'art d'utiliser « les bons mots » .(33)

#### 3.1.3.1.1. Le déroulement d'une séance

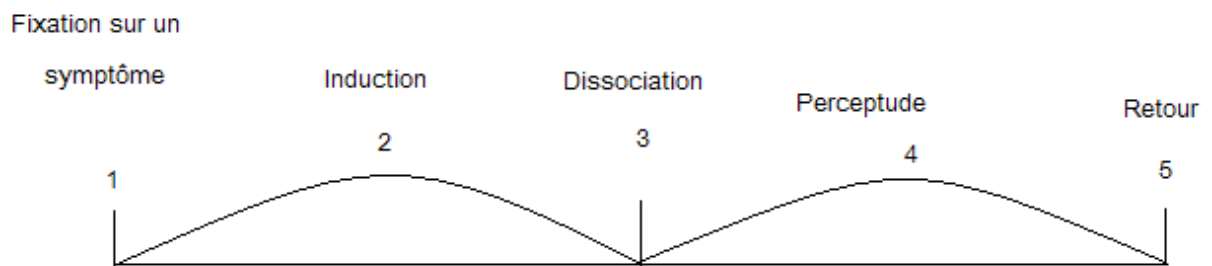


Illustration 15: Le déroulement d'une séance.(12)

Dans un premier temps le patient, se présente au cabinet, le plus souvent anxieux, et parfois avec une douleur. Le praticien doit établir une relation de confiance( Cela concerne donc l'entretien avec le patient et la synchronisation).

Dans un second temps, il va falloir essayer d'induire le phénomène hypnotique, grâce aux différentes techniques citées précédemment. Il s'agit d'induire une transe.

Ensuite, le troisième stade consiste à faire en sorte que le patient se dissocie de sa vision du monde pour adopter un nouveau mode de perception, différent, avec d'autres possibilités et ressources : la perceptude.(34)

Enfin, le patient en « perceptude » est réceptif aux suggestions, qu'il faut alors émettre pour tenter de résoudre la problématique du patient ( Cela s'adresse plutôt aux prescriptions de tâches). Puis vient le retour à la perception ordinaire du monde.

Les soins seront, à priori, commencés après l'induction. La transe pourrait ensuite être approfondie avec nos récits, nos histoires ( dans le cadre de l'imagerie visuelle) alors que les soins se poursuivraient. (12)

Le langage intervient donc du début à la fin de la séance, à chaque étape du traitement. C'est en cela que l'accompagnement d'un enfant dans ses soins, comme le font certains praticiens non formés à l'hypnose, qui leurs racontent des histoires, font déjà de l'hypnose sans le savoir, puisque cela reste un état éprouvé quotidiennement, en particulier chez les enfants.

### **3.1.3.1.2. L'hypnose conversationnelle , l'imagerie visuelle**

Dans un premier temps, il est suggéré à l'enfant de fermer les yeux, en insistant sur le fait que pour imaginer c'est plus facile !(30,35)

Ensuite, l'enfant est invité à s'installer correctement, à bien respirer à fond plusieurs fois. Puis, on peut commencer les suggestions telles qu'une envie de rire, des chatouilles dans les pieds, dans les mains, et faire le tour du corps.

Vient le moment de raconter notre histoire. Seulement, il ne suffit pas de la raconter. Tout l'environnement, les bruits, les odeurs, les sensations doivent y être intégré pour la faire vivre ! Tous les événements sensoriels éprouvés par l'enfant vont ratifier l'histoire et approfondir la transe.

De plus, il est favorable de créer un code avec l'enfant afin qu'il puisse manifester son inconfort au cours du soin. Cela peut être de serrer la main de

l'assistante qui la lui tient pendant le soin, cela peut être de lever la main, ou tout autre code établi auparavant avec le praticien. Ainsi l'enfant est rassuré, il reste maître de la situation à tout moment. (30)

### **Application avec un petit garçon fan de football dans le cadre d'une extraction.**

Il pourra lui être proposé de faire un match. Ainsi la métaphore sera ici celle du terrain de foot, représenté par la bouche. Les dents seront des joueurs. Le scialytique sera les projecteurs du stade !

D'abord il faut réaliser l'anesthésie de contact. Il s'agit d'une petite boule de coton, tout à fait analogique à un ballon. Nous plaçons donc le ballon au sol, au pied du meilleur joueur. Il faut ensuite gonfler ce ballon ! L'analogie sera parfaite avec l'anesthésie, qui procure une sensation de gonflement dans la bouche et de plus une anesthésie réalisée à l'aide d'un dispositif tel que le SLEEPERONE® émet un son continu qui peut être assimiler à celui d'une pompe pour le ballon.

Une fois le ballon bien gonflé, et donc l'anesthésie réalisée, il faut nettoyer le terrain sur lequel il traîne en fait un ou deux détritrus jetés par des spectateurs. C'est alors qu'on réalise la syndesmotomie, prétextant un balais ou bien la nécessité de déterrer une canette bien enfouie sous le gazon, il ne faudrait pas que les joueurs tombent ! Nous pourrions aussi faire l'analogie des crampons des joueurs qui s'enfoncent dans le gazon quand il se prépare à marquer. Enfin, il faut commencer le match ! Le joueur qui a le ballon depuis le début se met à dribbler de droite à gauche alors que nous mobilisons la dent de droite à gauche et lorsque la dent est extraite c'est le BUT !!! La fin du match arrive, le joueur butteur est mouillé tant il transpire il a bien besoin d'une serviette autour de son coup ! C'est le moment pour le praticien de réaliser l'hémostase à l'aide de compresses. Le match est fini tout le monde applaudit !

## **Application avec une petite fille pour un soin sous digue : La Reine des neiges !**

A l'ère du numérique, il est assez simple sur un smartphone d'associer au soin les différentes chansons du dessin animé pour un effet des plus fini !

Donc la bouche de notre patiente serait le royaume d'Arendelle. Le scialytique serait le soleil. Elsa, la reine des neiges a des pouvoirs magiques : elle sait faire l'hiver, le froid, la glace ! Elle va donc tout geler dans le royaume. À partir de l'anesthésie de contact qui ici pourra être réalisée par « une boule de neige »( petite boule pré-imprégnée ou coton glacé au cryospray). Le praticien positionne la boule de neige dans le royaume qui commence à se geler.

On roule la boule de neige, de plus en plus, on entend la neige qui craque plus la boule de neige grossit, grossit, grossit ( bruit de l'anesthésie électronique et sensation d'engourdissement par le froid et de gonflement de la boule de neige!). On obtient finalement un bonhomme de neige tellement la boule a grossi ! Olaf ! C'est l'hiver dans le royaume tout est gelé.

Une fois qu'Olaf est arrivé, il va aider Elsa à mettre sa robe de princesse ! Verte ( il existe des digues vertes, mais aussi d'autres couleurs pour d'autres princesses) ! Et sa couronne ! Il est temps pour le praticien de mettre le clamp et la digue. A présent que tout est gelé et qu'Elsa est prête, elle doit construire son château avec ses pouvoirs. Ses mains jettent de l'eau qui se glace et forme son château avec le bruit de l'eau projeté tellement vite dans l'air ! La turbine jette de l'eau et taille dans la dent/glacé pour sculpter le château !

Puis, Sven et Kristoff arrivent au galop et le sol vibre, vibre, vibre ! (utilisation du contre angle) L'aspiration est le bruit du vent glacial.

Puis, Elsa fait des dessins dans la glace qui crisse ( sonde sur la dentine pour vérifier le curetage). Il ne manque plus qu'Anna. Elle frappe à la porte ( tapoter la carpule de cvi sur le plan de travail )et la porte s'ouvre ( première pression de la carpule dans le pistolet, ouverture et fermeture du vibreur d'amalgame) C'est Anna mais elle n'est pas seule. Elle est avec les trolls des montagnes( bruit du vibreur de carpule / analogie avec des pierres qui roulent) . Enfin tout le monde est là. On peut commencer « la fête givrée ! ». Pour cela il faut un gâteau ! On met la pâte dans le moule ( le praticien met en place la matrice et le cvi) et on fait cuire ! ( lampe à photopolymériser / four ) quand c'est prêt le four bip ! ( lampe ). Elsa change de robe pour la fête ( retrait de la digue). Elle met ses chaussures qui font du bruit ( faire

claquer des dents sur le papier d'occlusion). Ils font la fête et vient le dégel ( l'anesthésie se disperse).

Dans les situations d'urgences, où l'enfant a mal, il est intéressant dans un premier temps de reconnaître sa douleur, ses sensations désagréables, de ne pas les nier, « je vois bien que tu as très peur », « c'est douloureux ce que tu traverses là » , « c'est normal que tu pleures, tu as le droit ».

Puis dans un second temps, il faut focaliser l'enfant, même sur ses sensations douloureuses, pour les modifier en les interprétant différemment. Donc les décharges de douleurs pourraient devenir les jets de glace de la reine des neiges, et l'histoire pourrait s'amorcer, ou bien une douleur pulsatile pourrait être des éclairs lancés par Zeus le papa d'Hercule, en fonction de l'enfant et de la créativité du praticien qui doit se tenir au courant des dernières modes en matière de dessins animés notamment !

#### **3.1.3.1.3. Le gant magique**

La technique du gant magique utilise l'hypno-analgésie. C'est une anesthésie locale par l'imaginaire. Le principe est de demander à l'enfant d'imaginer qu'il porte un gant sur une main. Le gant le protège de l'extérieur. Il lui est alors décrit qu'il a plusieurs couches successives sur ce gant de plus en plus épais et protecteur. Il faut l'amener, par la parole, la suggestion à ressentir une analgésie dans la main. Les sensations sont diminuées, il peut y avoir une sensation de froid, il peut lui être décrit les sensations que l'on sait en lien avec une anesthésie par injection afin que cette main soit insensible aux pincements que le praticien peut alors réaliser sur la main et qui ne doivent pas être ressentis comme douloureux ! Alors l'idée est qu'avec ce gant magique, cette sensation, cette analgésie, peut être communiquée à n'importe quelle zone du corps par contact. L'intérêt est alors d'entraîner l'analgésie du site de soin par simple contact de la main « gantée » avec la joue, les lèvres...(12,36)

Une fois de plus les dessins animés peuvent faire partie du jeu, et on peut coupler la métaphore à cette technique d'induction. Pour cela on peut faire appel à la reine des neiges qui est obligée de porter des gants pour protéger les gens de ses pouvoirs, qui ne sont autres que d'entraîner le gel ! ( l'anesthésie!)



#### **3.1.3.1.4. L'auto-hypnose**

Une fois que l'enfant a participé à une séance, il sait reproduire certaines techniques seul, comme la technique du gant magique et il peut donc le faire spontanément, à la séance de soin suivante mais surtout, il peut aussi le refaire pour son compte dans d'autres situations algiques. Les parents témoins de séances avec cette technique peuvent ensuite aider leur enfant à l'utiliser dans d'autres situations ( vaccins, injections pour les patients diabétiques...)(12)

#### **3.1.3.1.5. Prescription de tâche**

La prescription de tâche sert à changer un comportement. Cela peut être d'arrêter la succion du pouce ou lutter contre le bruxisme, l'onychophagie, la gestion des suites de soins. (37)

Il existe différentes techniques : parmi les plus utilisées, il y a la méthode du « faire semblant ». En effet, les habitudes comme la succion du pouce sont profondément ancrées chez les enfants qui ont ce comportement, souvent très chargées émotionnellement. Il est donc difficile pour eux de le supprimer d'autant plus qu'ils ne sont généralement pas demandeurs. Cette technique sera donc tout à fait appropriée aux enfants réticents. Elle consiste à demander à l'enfant de faire semblant.

En effet, l'argument souvent utilisé par les adultes est que le pouce ou la tétine sont pour les petits, et que l'enfant à qui ils s'adressent est grand ou presque. Cette technique sera d'autant plus simple à réaliser pendant une période de transition, la future rentrée en primaire par exemple. Ainsi, il peut être suggéré à l'enfant qu'il sera très bientôt un grand et donc qu'il devrait s'entraîner, faire semblant d'être grand. Il pourra commencer à faire semblant d'être grand la journée et ne pas sucer son pouce ou sa tétine le jour. Puis cela pourra progressivement s'étendre aux nuits pour finalement réaliser qu'il a grandi et qu'il n'a plus besoin de son pouce ni de sa tétine(15).

Par ailleurs, ERICKSON avait lui une autre technique pour l'arrêt de la succion du pouce d'un jeune garçon de 6 ans auquel il a été confronté. Les parents de Jimmy, l'ont amené à ERICKSON car, tous les deux travaillant dans le milieu médical

avaient tenté de faire croire à ce dernier que tout un tas de maladie plus horribles les unes que les autres lui arriveraient s'il ne cessait pas de sucer son pouce. En vain.

(20)

ERICKSON a tout d'abord demandé aux parents de ne pas intervenir dans sa relation avec son jeune patient qu'il a ensuite reçu. Il lui a dit que ses parents l'avaient amené pour qu'il réussisse à lui faire cesser de sucer son pouce. Il a ajouté que ses parents ne pouvaient pas lui donner d'ordre et que lui même ne pouvait pas donner d'ordre à son patient. Ainsi, l'enfant libéré de la contrainte de ses parents, ERICKSON a ajouté que, par contre, Jimmy pouvait, lui, donner des ordres à son pouce ou à sa bouche. Mais que s'il voulait sucer son pouce, il pouvait. Simplement il ne comprenait pas pourquoi le pouce droit avait le droit d'être sucer et pas le gauche qui devait être fort jaloux. De même pour les 9 autres doigts ! Il se trouve que Jimmy était un enfant très consciencieux et appliqué, il s'est donc senti en faute ! Au lieu de s'efforcer de sucer tous ses doigts (tâche ô combien difficile), il a progressivement cessé de sucer son pouce droit. Enfin, ERICKSON a ajouté qu'il allait bientôt avoir 7 ans et donc qu'il allait devenir un grand garçon et donc qu'il ferait mieux de sucer son pouce autant qu'il le voulait avant d'avoir 7 ans ! Les petits garçons de 6 ans rêvent d'en avoir 7 et de devenir grand. Jimmy a finalement cessé de sucer son pouce avant ses 7 ans. (20)

Il est donc crucial de connaître l'enfant et de s'y adapter. En effet, un enfant qui n'aurait pas « culpabilisé » à l'idée de priver ses autres doigts n'aurait pas été réceptif à cette prescription. De plus un enfant « Peter Pan » qui ne voudrait pas grandir, par exemple dans le cadre d'une nouvelle naissance à la maison qui amène l'aîné à régresser en âge pour obtenir l'attention de sa maman, ne serait pas très enclin à avoir 1 an de plus !

La prescription de tâche peut aussi être utile pour la prise en charge d'un réflexe nauséux gênant les soins.

ERICKSON, conseillait de traiter le réflexe comme suit :

Premièrement, il reconnaissait pleinement le problème du patient, « vous avez un réflexe nauséux très important cela doit vraiment être pénible pour vous ! »

Ensuite, il demandait aux patients d'étudier leur réflexe nauséux, même chez eux, au brossage des dents. Est-ce qu'il commence dans la bouche ? Le thorax ? L'abdomen ? Où le ressentez vous en premier ? (20)

Il utilisait l'adage « diviser pour mieux régner ». Il expliquait qu'une fille qu'on aurait très envie d'embrasser, si nous la regardions détail par détail, en fait : ses yeux ne sont pas exactement au même niveau, ses oreilles sont légèrement décollées, sa bouche pincée (...) autant de détails apparus en disséquant le physique de cette fille qu'on ne veut plus l'embrasser ! Il parlait de ce principe pour disséquer les mauvaises habitudes, les douleurs, les problèmes ! (20)

Il est ici évident que parler de réflexe nauséux, d'abdomen, de thorax à un petit patient qui ne comprend aucun de ces mots serait vain ! Ce scénario pourrait s'appliquer à certains adolescents mais pas à de petits enfants. Il faudrait l'adapter. Par ailleurs, le vocabulaire « envie de vomir » est loin d'être positif bien que tout à fait compréhensible pour les petits. Le langage a donc un rôle crucial dans la prise en charge des enfants, particulièrement sous hypnose.

ERICKSON traitait les problèmes de malpositions linguales par prescription de tâches là encore. Il commençait par reconnaître la vérité de l'enfant qui lui disait « j'essaie, j'essaie mais ma langue se met toujours contre mes dents de devant en haut ! ». L'enfant a eu des années d'entraînement, il sait mieux que nous comment se place sa langue. Il essaie alors avec un miroir placé devant l'enfant « de savoir ce qu'il peut faire d'autre avec sa langue ». Il peut l'élargir, la rouler, peut être toucher son nez, la plaquer contre les molaires(...). Ainsi il espérait, non pas rétablir une déglutition parfaite, mais dans un premier temps réduire le pourcentage de déglutitions atypiques génératrices de dysmorphies au profit d'autres schémas moteurs qu'il a explorés avec l'enfant afin qu'à terme la déglutition soit rétablie.(20)

Ici, ces exercices peuvent être réalisés avec des enfants de tout âge. Le but est que l'enfant prenne conscience de son schéma corporel au niveau de la bouche, des joues, de la langue, pour qu'il puisse ressentir ce qu'il fait et ce qu'il devrait faire.

Enfin, pour la prise en charge du bruxisme, chez les enfants, la technique de prescription de tâches selon ERICKSON, consiste à demander au patient de nous montrer tous les mouvements qu'il sait faire avec ses mâchoires. Lorsque l'enfant finit par bruxer, il faut lui demander de bien se souvenir de cette sensation quand il sert les dents et de lui suggérer de ne surtout pas se réveiller la nuit quand il dort et qu'il grince effectivement des dents. Il faut le lui souhaiter, de ne pas se réveiller, de façon tellement suggestive qu'en fait il est alors conditionné pour se réveiller.

Il est également possible de suggérer à l'enfant de voir s'il est capable d'entendre lorsqu'il serre les dents la nuit et donc de se réveiller pour écouter ses dents et de se rendormir. L'enfant sera réveillé par le bruit de ses dents, se prouvera qu'il peut se rendormir mais combien de fois aura-t-il envie de se réveiller la nuit pour se prouver qu'il peut se rendormir ? Il finira donc par ne plus serrer les dents pour ne plus être interrompu dans son sommeil. (14)

Notons également que la réalisation des soins sous hypnose peut permettre d'obtenir des effets physiologiques comme une diminution du débit salivaire, ou une hémostasie. Par les mots, les suggestions et les métaphores il est possible de s'approcher d'un contrôle volontaire de certaines fonctions du corps.(25)

En résumé, voici quelques outils à la disposition du praticien pour la prise en charge sous hypnose des enfants, lors des soins dentaires.

1. Il faut adapter la durée de la séance avec les enfants. Leurs capacité de concentration n'étant pas égale à celle des adultes, il est donc préférable de réduire tant que possible la durée de la séance.
2. De plus, il ne faut pas exiger la fermeture des yeux des enfants, il est préférables de leur suggérer, de les autoriser à fermer les yeux, et « faire avec » s'ils ne le font pas. Utiliser l'autorité entraînera le plus souvent des résistances.
3. Lors des soins, il convient de tout mettre en œuvre pour que l'enfant ne prête pas attention à ce que l'on fait. Il faut une interaction très active avec l'enfant, il ne faut pas le lâcher, faire preuve d'intuition et de créativité.
4. Lorsque l'enfant cri, cela peut être de douleur ou simplement de peur, d'inconfort. Il ne faut en aucun cas laisser le patient et faire le soin malgré tout mais bien, accompagner encore et toujours le patient jusqu'à la fin du soin.
5. Il est préférable qu'il n'y ai qu'un intervenant lors des séances. En effet, de multiples intervenants pourraient nuire au bon déroulement de la séance. En général, les enfants acceptent bien la voix de leurs parents, qui peuvent donc aider le praticien, lorsque les soins se prolongent et qu'il arrive doucement au bout de sa créativité et de ce qu'il a pu recueillir comme informations sur l'enfant. Par contre, il est préférable que le praticien soit le seul, de l'équipe médical, à parler.
6. Avec les adolescents, il est préférable de parler ouvertement de l'hypnose et d'obtenir leur accord et leur pleine adhésion à cette technique.
7. Il ne faut surtout pas craindre de se « bêtifier » quelque soit le jugement porté par l'entourage.

*Tableau 7: 3.1.3.2. La boîte à outils du praticien.(15,41)*

### **3.1.3.2. La mémoire de la douleur (12,16,35,38,39)**

Selon ERICKSON, une douleur est divisible en trois composantes :

- un tiers de douleur actuelle,
- un tiers de douleur mémorisée,
- un tiers de douleur liée à la peur de la douleur à venir.

Il est établi que la peur, abaisse le seuil de résistance à la douleur et que lorsqu'un enfant a peur d'avoir mal, il aura effectivement mal !

Par ailleurs, on se souvient prioritairement des événements en fonction de la charge émotionnelle qui leur est associée et l'accès à la mémoire se fait sur les facteurs émotionnels. Pour illustrer ce principe, il est possible de prendre l'exemple d'un enfant qui jouerait avec son chien et se ferait mordiller par ce dernier, voire pincer, alors qu'il joue. Cela ne l'empêchera pas de continuer de jouer avec son chien et n'entraînera pas de peur du chien. Puis imaginons que ce même enfant se fasse poursuivre puis pincer par le chien du voisin alors qu'il se promenait. L'enfant gardera en mémoire la deuxième expérience, qu'il vivra comme beaucoup plus douloureuse, parce que le contexte émotionnel est beaucoup plus lourd.

Donc un enfant très anxieux, à qui il faut faire un soin par contention, gardera toujours en mémoire, associées au soin, les sensations qu'il aura éprouvées lors de ce soin là, qui pourra être à l'origine de phobie.(12)

Des études réalisées sur des enfants devant subir des ponctions lombaires ont montré que les enfants pour lesquels on réalise la ponction lombaire sans analgésique dans un premier temps, puis avec l'analgésique dans un second temps, éprouvent toujours des douleurs d'un grade bien plus élevé que les enfants ayant toujours reçu cet analgésique avant toute ponction lombaire. En effet, ils ont mémorisé la douleur associée à la ponction lombaire sans analgésique. ( Schechter, Weisman, Rosenblum et al., 1995). La douleur et la détresse influencent de manière négative le souvenir du geste et donc les gestes suivants. La mémoire semble bien déformée.(12)

L'hypnose apparaît donc comme un outil de prise en charge des enfants, afin que les soins se déroulent bien, et que les souvenirs que les enfants en gardent soient, à défaut d'être agréables, en tous cas non anxiogènes pour les soins à venir. De plus, il est possible par l'hypnose d'essayer de modifier le souvenir puisqu'il est par définition subjectif. Il ne s'agit pas de faire croire au patient que ce qu'il a vécu

n'est pas réel ou n'a jamais existé, ni de nier sa douleur, mais simplement, par recadrage, de lui faire voir son expérience sous un autre angle afin que le souvenir n'ait plus un impact si fort et si négatif sur les situations similaires suivantes. Il sera utile de mettre l'accent sur les réels dangers du soins comparés aux dangers perçus.

## CONCLUSION

Les soins dentaires sont anxiogènes pour une grande partie de la population et peuvent l'être encore davantage si nous ajoutons « la barrière de la langue ». D'une part, nos enfants, bien que parlant notre langue, ne sont pas des « adultes miniatures » et ne sont pas toujours capables de comprendre ce que nous leur expliquons, ni à même de contrôler leur comportement dans des situations génératrices de stress, à plus forte raison si leurs parents sont aussi stressés pour eux. D'autre part, s'ils ne nous comprennent pas, c'est peut être que nous ne nous exprimons pas de manière à être compris ! Si le praticien excédé par le comportement d'un enfant anxieux, lui dit « de ne pas bouger », « de ne pas s'énerver », « que cela ne fera pas mal », l'enfant entend « bouger », « s'énerver », et « mal » alors que le praticien voulait qu'il comprenne « immobilité », « relaxation » et « indolore » ! D'abord les termes ne sont pas les bons, puis tout le langage non verbal du praticien suggère l'énervement et la tension au lieu de la détente et du contrôle de soi. En fonction de leur âge et de leur stade de développement, les enfants ne peuvent pas faire appel à leur raison où à leur logique pour prendre sur eux et se laisser soigner. Le langage au sens large, verbal ou non, est donc primordial pour la prise en charge des enfants.

Qu'il s'agisse d'emmener le patient « ailleurs » pendant le soin, de l'aider à faire appel à ses ressources pour prendre le contrôle sur sa peur ou sur ses mauvaises habitudes bucco-dentaires, l'hypnose se propose d'y parvenir grâce au langage.

Les bons mots, les bonnes tournures de phrases vont permettre à l'enfant, le plus souvent inconsciemment, d'utiliser ce qu'il sait faire pour que le praticien puisse le prendre en charge convenablement et lui offrir un avenir de soin plus serein.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Myers DG. Psychologie. Paris: Flammarion médecine-sciences; 2004. 741 401-417,135-191 p.
2. Benhaïem J-M. L'hypnose médicale. Paris: Med-Line éd.; 2003. 252 67-83. 185. 189-191 p.
3. Duroisin C. La communication verbale chez l'enfant: enquête sur une population de 4 à 10 ans [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2007.
4. Cayrol A, Saint-Paul J de, Grinder J. Derrière la magie: la Programmation Neuro-Linguistique. Paris: InterEditions; 2000. 229 43-141 p.
5. Baron J-C, Seron X, Jeannerod M. Neuropsychologie humaine. Liège: P. Mardaga; 1998.
6. De Schoven S., Van Hout A., Mancini J., et al. Neuropsychologie et développement cognitif. Ed. Mardaga; 1994.
7. Bérard R. Pédodontie: approche clinique de l'enfant en odonto-stomatologie. Paris: J. Prélat; 1980.
8. Galimard P. 6 à 11 ans: Développement de l'intelligence, maturation affective et découverte de la vie sociale. Paris: Dunod; 1998.
9. Piaget J. Etude sur la logique de l'enfant. 5ème éd. .Neufchâtel-Paris,Ed. Delachaux-Niestlé, 1962.
10. Debonne D. Le petit enfant (0-5 ans): comment communiquer [Thèse d'exercice]. [France]: Université du droit et de la santé (Lille). Faculté de chirurgie dentaire; 2000.
11. Berg JH, Slayton RL, éditeurs. Early childhood oral health. Ames, Iowa: Wiley-Blackwell; 2009. 307 114-116 p.
12. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C, Michaux D. L'aide-mémoire d'hypnose. Paris: Dunod; 2010. 311 17-21,37-112,141.142.173-185.189-192. 221-223 p.
13. Bigotte P. Utilisation du langage hypnotique en médecine générale [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2002.
14. Dauverchain C. Utilisation du langage hypnotique dans le traitement de la douleur, quelques outils communicationnels à l'intention des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2007.
15. Melchior T, Stengers I. Créer le réel: hypnose et thérapie. Paris: Editions du Seuil; 1998. 547 48,498,128 p.



16. Salem G, Bonvin É. Soigner par l'hypnose. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012. 331 17-28. 33-35. 43-55. 64.105-106. 108-114. 116-122. 127-128.154 p.
17. Kallio S, Hyönä J, Revonsuo A, Sikka P, Nummenmaa L. The existence of a hypnotic state revealed by eye movements. *PloS One*. 2011;6(10):e26374.
18. Watzlawick P, Wiener-Renucci J, Bansard D. Le langage du changement: éléments de communication thérapeutique. Paris: Éd. Points; 2014.
19. Kihlstrom JF, Glisky ML, McGovern S, Rapcsak SZ, Mennemeier MS. Hypnosis in the right hemisphere. *Cortex J Devoted Study Nerv Syst Behav*. févr 2013;49(2):393-9.
20. Erickson MH, Fleiss J, Malarewicz J-A. L'hypnose thérapeutique: quatre conférences. Issy-les-Moulineaux: ESF éd.; 2008. 204 49. 64-68. 70. 83-84 p.
21. Proust M. Du côté de chez Swann. Paris: Gallimard; 1988. 527 p.
22. Lockert O. Hypnose: évolution humaine, qualité de vie, santé. Paris: Éd. IFHE; 2013.
23. Simonton OC, Simonton S, Creighton JL, Bréhant J, Ancelin Schützenberger A. Guérir envers et contre tout. Paris: Desclée de Brouwer; 2000.
24. Hoareau J. Hypnose clinique. Paris: Masson; 1992. 238 22-23. 36-37. 49-53.219-222 p.
25. Significant variation in salivation by short-term suggestive intervention: a randomized controlled cross-over clinical study [Internet]. [cité 23 août 2015]. Disponible sur: <http://about:reader?url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov/doc-distant.univ-lille2.fr%2Fpmc%2Farticles%2FPMC4289223%2F>
26. Choukroun MG. Abrégé de psychologie: à l'usage des praticiens. Paris: Ed. S.I.D.; 1997. 232 31-37. 63. 159-173 p.
27. Mémoire D U Hypnothérapie - hypnothérapie-enfant-memoire-Jean-Baptiste-Guimier.pdf [Internet]. [cité 18 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.hypnose.fr/wp-content/uploads/2014/01/hypnothérapie-enfant-memoire-Jean-Baptiste-Guimier.pdf>
28. Bartels DJP, van Laarhoven AIM, Haverkamp EA, Wilder-Smith OH, Donders ART, van Middendorp H, et al. Role of conditioning and verbal suggestion in placebo and nocebo effects on itch. *PloS One*. 2014;9(3):e91727.
29. Andlaw RJ, Rock WP, Andlaw RJ. A manual of paediatric dentistry. 4th ed. New York: Churchill Livingstone; 1996. 249 4. 17-20. 26.206. 208. 211 p.
30. Hypnose\_et\_pediatrie.pdf [Internet]. [cité 18 juill 2015]. Disponible sur: [http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Hypnose\\_et\\_pediatrie.pdf](http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Hypnose_et_pediatrie.pdf)
31. Wood C, Bioy A. De la neurophysiologie à la clinique de l'hypnose dans la douleur de l'enfant. [Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues1624568700060005284](http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/data/revues/1624568700060005284) [Internet]. 17 févr 2008 [cité 9 nov 2014]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com/doc-distant.univ-lille2.fr/article/82289/resultatrecherche/4>
32. Olness K, Kohen DP. Hypnose et hypnothérapie chez l'enfant. Belgique: Satas; 2006.

33. IUD - institut-upsa-douleur-periodique-recommandations-pratique-07.pdf [Internet]. [cité 18 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/PERIODIQUES/Drp/institut-upsa-douleur-periodique-recommandations-pratique-07.pdf>
34. Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose? Paris: Minuit; 2003.
35. Ignace I, Moreaux T. Hypnose et urgences. [cité 18 juill 2015]; Disponible sur: [http://www.pediadol.org/IMG/pdf/U2008\\_TM.pdf](http://www.pediadol.org/IMG/pdf/U2008_TM.pdf)
36. Wood C, Duparc N, Leblanc V, Cunin-Roy C. L'hypnose : une réponse possible à la prise en charge des douleurs de l'enfant et de l'adolescent. *Enfance*. 2006;58(1):26.
37. 1362-l-hypnose-medicale-dans-la-gestion-de-la-douleur.pdf [Internet]. [cité 22 juill 2015]. Disponible sur: <http://www.lefildentaire.com/articles/clinique/omnipratique/1362-l-hypnose-medicale-dans-la-gestion-de-la-douleur?format=pdf>
38. Kupers R, Faymonville M-E, Laureys S. The cognitive modulation of pain: hypnosis and placebo-induced analgesia. In: *Progress in Brain Research* [Internet]. Elsevier; 2005 [cité 21 juill 2015]. p. 251-600. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0079612305500190>
39. Apkarian AV, Bushnell MC, Treede R-D, Zubieta J-K. Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *Eur J Pain*. août 2005;9(4):463-463.
40. Malingrèy R. Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant. Paris; Berlin; Chicago [etc.]: Quintessence international; 2006. 125 10-21. 29-35 p.
41. Chadwick BL, Hosey MT. Child taming: how to manage children in dental practice. London; Chicago: Quintessence Pub.; 2003. 127 1-22.27-46 p.
42. DELCOMBEL B. Hypnose, es-tu là? *Fil Dent*. janv 2014;(N°89):20-4.

## Index des illustrations

Illustration 1: Calvin et Hobbes, Watterson. Vol. 19 "Que de misère humaine". Paris : Hors Collection, 2000 (p7).....	13
Illustration 2: Image fantasmagorique du chirurgien dentiste que certains films récents n'ont pas démentie.(40).....	14
Illustration 3: Introducing the children(41).....	16
Illustration 4: Calvin et Hobbes, Watterson. Vol. 19 "Que de misère humaine". Paris : Hors Collection, 2000 (p7).....	18
Illustration 5: Bill Keane(1).....	18
Illustration 6: Calvin et Hobbes, Watterson. Vol 8. Paris : Hors collection ; Presse de la cité, 1995.....	20
Illustration 7: Calvin et Hobbes, Watterson. Vol 1. Paris : Hors Collection, 1992 (p5).....	23
Illustration 8: La structure du langage(4).....	25
Illustration 9: Calvin et Hobbes, Watterson. Vol 14 "Va jouer dans le mixer". Paris : Hors collection, 1997 (p10).....	30
Illustration 10: Calvin et Hobbes, Watterson. Vol 1. Paris : Hors Collection, 1992 (p43).....	35
Illustration 11: Calvin and Hobbes, Watterson. Vol. 21 "There's treasure everywhere". London : Warner Books - Sphère, 1996.....	41
Illustration 12: représentation schématique du cerveau.(42).....	46
Illustration 13: Le praticien, dominant, à la hauteur d'un enfant. (40).....	54
Illustration 14: Extrait du livret de présentation préparé avec des professionnels par l'Association Sparadrap " je vais chez le dentiste".(40).....	64
Illustration 15: Le déroulement d'une séance.(12).....	68

## Index des tables

Tableau 1: Les stades cognitifs de Piaget, la compréhension de la douleur et la maladie et les répercussions sur les soins.(12).....	32
Tableau 2: Les différents niveaux de transe(16).....	42
Tableau 3: Indices de la transe hypnotique(16).....	44
Tableau 4: Techniques d'induction par classe d'âge (d'après Olness, Kohen, 2006)(12).....	63
Tableau 5: Adaptation des termes dentaires( source personnelle).....	65
Tableau 6: Idées fausses concernant l'hypnose.(24).....	68
Tableau 7: 3.1.3.2. La boîte à outils du praticien.(15,41).....	76

**Th. D. : Chir. Dent. : Lille 2 : Année 2015**

Hypnose en Odontologie pédiatrique : Le langage en odontologie pédiatrique : Et si c'était déjà de l'hypnose ? / **DEROULLERS Marion.**- p. (85) : ill. (15) ; réf. ( 41).

**Domaines :** Odontologie Pédiatrique

**Mots clés libres:** Hypnose, langage, enfant.

Résumé de la thèse en français

Les enfants entendent beaucoup parler du chirurgien dentiste, rarement en bien, avant même d'avoir mis un pied au cabinet dentaire. Le langage auquel ils sont soumis, par leurs parents, dans la cour de récréation, génère du stress et de l'anxiété face aux soins dentaires. Les soins sont donc évités, l'état bucco- dentaire s'aggrave et le soin dans ce contexte n'est que plus anxiogène.

L'intérêt porté à la connaissance de leur développement cognitif, ainsi qu'à la structure et au développement du langage permet au praticien d'entrevoir l'origine des difficultés de communication avec les enfants.

Ainsi, les mots véhiculent des idées, des expériences, des sensations et sont associés à une charge émotionnelle. Si le mauvais choix des mots, peut induire un état de stress et de profonde anxiété chez les enfants, à la façon d'un effet nocebo, pourquoi ne pas tenter d'avoir un effet positif en utilisant « les bons mots » . A cet effet, l'hypnose se révèle un outil des plus précieux. En effet, le langage hypnotique et ses spécificités langagières, peuvent permettre aux praticiens de mieux prendre en charge les enfants lors des soins dentaires, et de les faire voyager avec d'habiles jeux de mots.

**JURY :**

**Président :** Monsieur le Professeur G. PENEL

**Assesseurs :** Madame le Docteur C. DELFOSSE

**Madame le Docteur M. BOROWSKI**

**Monsieur le Docteur T. ZIEBA**