

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2018

N°:

THÈSE POUR LE
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le 7 décembre 2018

Par Laura OSZUSTOWICZ

Née le 20 Janvier 1991 à Saint-Saulve – France

L'HYPNOSE EN ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE : DE LA THÉORIE À LA MISE EN
APPLICATION

JURY

Présidente : Madame le Professeur E. DELCOURT-DEBRUYNE

Assesseurs : Madame le Docteur E. BOCQUET

Madame le Docteur C. OLEJNIK

Madame le Docteur M. LAUMAILLÉ

Président de l'Université	:	Pr. J-C. CAMART
Directeur Général des Services de l'Université	:	P-M. ROBERT
Doyen	:	Pr. E. DEVEAUX
Vice-Doyens	:	Dr. E. BOCQUET, Dr. L. NAWROCKI et Pr. G. PENEL
Responsable des Services	:	S. NEDELEC
Responsable de la Scolarité	:	M. DROPSIT

PERSONNEL ENSEIGNANT DE L'U.F.R.

PROFESSEURS DES UNIVERSITES :

P. BEHIN	Prothèses
T. COLARD	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
E. DELCOURT-DEBRUYNE	Professeur Emérite Parodontologie
E. DEVEAUX	Dentisterie Restauratrice Endodontie Doyen de la Faculté
G. PENEL	Responsable du Département de Biologie Orale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

K. AGOSSA	Parodontologie
T. BÉCAVIN	Dentisterie Restauratrice Endodontie
A. BLAIZOT	Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
P. BOITELLE	Prothèses
F. BOSCHIN	Responsable du Département de Parodontologie
E. BOCQUET	Responsable du Département d' Orthopédie Dento-Faciale
C. CATTEAU	Responsable du Département de Prévention, Epidémiologie, Economie de la Santé, Odontologie Légale.
A. de BROUCKER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
M. DEHURTEVENT	Prothèses
T. DELCAMBRE	Prothèses
C. DELFOSSE	Responsable du Département d' Odontologie Pédiatrique
F. DESCAMP	Prothèses
A. GAMBIEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
F. GRAUX	Prothèses
P. HILDELBERT	Responsable du Département de Dentisterie Restauratrice Endodontie
C. LEFEVRE	Prothèses
J.L. LÉGER	Orthopédie Dento-Faciale
M. LINEZ	Dentisterie Restauratrice Endodontie
G. MAYER	Prothèses
L. NAWROCKI	Responsable du Département de Chirurgie Orale Chef du Service d'Odontologie A. Caumartin - CHRU Lille
C. OLEJNIK	Biologie Orale
P. ROCHER	Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
L. ROBBERECHT	Dentisterie Restauratrice Endodontie
M. SAVIGNAT	Responsable du Département des Fonction-Dysfonction, Imagerie, Biomatériaux
T. TRENTESAUX	Odontologie Pédiatrique
J. VANDOMME	Responsable du Département de 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.

Aux membres du Jury,

Madame le Professeur Elisabeth DELCOURT-DEBRUYNE

Professeur Emérite des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale

Département Parodontologie

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur de 3^{ème} cycle en Sciences Odontologiques

Maîtrise libre de Biologie Humaine

Docteur d'Etat en Odontologie

Habilitation à Diriger des Recherches

Membre titulaire de l'Académie Nationale de Chirurgie Dentaire

Officier dans l'ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et je vous en suis sincèrement reconnaissante.

Je vous remercie grandement pour votre enseignement prodigué tout au long de mon cursus universitaire, et également de vous être rendue disponible pour ma soutenance. Veuillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect et de ma gratitude.

Madame le Docteur Emmanuelle BOCQUET

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Orthopédie Dento-Faciale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Certificat d'Études Cliniques Spéciales Mention Orthodontie

Certificat d'Études Supérieures de Biologie de la Bouche

Certificat d'Études Supérieures d'Orthopédie Dento-Faciale

Master 2 Recherche Biologie Santé

Maîtrise des Sciences Biologiques et Médicales

Vice-Doyen Pédagogie de la Faculté de Chirurgie Dentaire

Responsable du Département d'Orthopédie Dento-Faciale

Coordonnateur inter-régional du Diplôme d'Études Spécialisées d'Orthopédie Dento-Faciale

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury malgré une demande tardive.

J'espère avoir pu faire évoluer votre regard sur les bienfaits de l'hypnose lors de la prise en charge de nos patients.

Je vous remercie pour l'enseignement que vous m'avez apporté, mais également pour votre écoute auprès des étudiants et votre investissement au sein de l'université. Soyez assurée de mon profond respect.

Madame le Docteur Cécile OLEJNIK

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD
Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie Orale
Département Biologie Orale

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Odontologie de l'Université de Lille 2

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter spontanément de siéger au sein de ce jury et je vous en remercie.

Je vous exprime ici mon profond respect et ma gratitude pour l'enseignement théorique et surtout clinique que vous m'avez dispensé durant tout ce cursus universitaire, et notamment lors des vacations des jeudis soirs qui m'ont permis de mieux appréhender la prise en charge de patients pluri-pathologiques (je vous remercie encore d'avoir terminé une de mes avulsions alors que je faisais un malaise !).

Vous m'avez également permis de découvrir un superbe cabinet dans lequel j'ai grandement apprécié exercer.

Madame le Docteur Mathilde LAUMAILLÉ

Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD

Section Développement, Croissance et Prévention

Département Odontologie Pédiatrique

Docteur en Chirurgie Dentaire

Attestation Universitaire d'Etudes Complémentaires : soins dentaires sous sédation consciente (MEOPA) – Lille

Formation Certifiante « Concevoir et Evaluer un programme éducatif adapté au contexte de vie d'un patient »

Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner durant la rédaction de ce travail.

Malgré un départ compliqué, vous avez toujours été à l'écoute, présente et disponible pour me conseiller et me motiver. J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos attentes.

Veillez trouver, à travers cet ouvrage, toute ma reconnaissance et mon profond respect.

Table des matières

Introduction	16
1 Généralités sur l'hypnose	17
1.1 Historique.....	17
1.1.1 Les débuts de l'hypnose.....	17
1.1.2 L'hypnose et la médecine.....	17
1.1.3 L'hypnose en chirurgie dentaire.....	18
1.1.4 L'hypnose Ericksonienne.....	18
1.2 Définitions.....	18
1.2.1 L'hypnose.....	18
1.2.2 L'hypnose conversationnelle.....	19
1.2.3 L'hypnose formelle.....	19
1.2.4 Le processus hypnotique.....	20
1.2.5 L'hypnoalgésie.....	21
2 Méthodologie	22
2.1 Les étapes d'une séance d'hypnose.....	22
2.1.1 L'induction.....	22
2.1.2 La relaxation.....	22
2.1.3 L'état hypnotique.....	22
2.1.4 La dissociation.....	23
2.1.5 Le lieu de sécurité.....	24
2.1.6 Les métaphores.....	24
2.1.7 La suggestion post-hypnotique.....	24
2.1.8 Le retour.....	25
2.1.9 Synthèse du processus hypnotique.....	25
2.2 La communication hypnotique.....	26
2.2.1 Le praticien.....	26
2.2.1.1 La voix.....	26
2.2.1.2 La relation patient-praticien.....	26
2.2.2 Le VAKOG.....	27
2.2.3 Les éléments de langage.....	28
2.2.3.1 Le langage verbal.....	28
2.2.3.1.1 Les suggestions.....	28
2.2.3.1.1.1 <i>Les suggestions directes</i>	28
2.2.3.1.1.2 <i>Les suggestions indirectes ou ouvertes</i>	29
2.2.3.1.1.3 <i>Les suggestions métaphoriques</i>	29
2.2.3.1.2 Le choix des mots.....	29
2.2.3.1.2.1 <i>Le saupoudrage</i>	30
2.2.3.1.2.2 <i>Les truismes</i>	30
2.2.3.1.2.3 <i>La négation et la double négation</i>	30
2.2.3.1.2.4 <i>L'implication</i>	30
2.2.3.1.2.5 <i>Le lien et le double lien</i>	31
2.2.3.2 Le langage non verbal.....	31
2.2.3.2.1 La catalepsie.....	31
2.2.3.2.2 La lévitation du bras.....	31
2.2.3.2.3 Le signaling.....	31
3 L'hypnose chez l'enfant au cabinet dentaire	33

3.1.1	Généralités	33
3.1.2	Indications	33
3.1.2.1	La peur	34
3.1.2.2	L'anxiété	34
3.1.2.3	La phobie	34
3.1.2.4	Patient en situation de handicap	35
3.1.2	Contre-indications et limites	35
3.1.3	La douleur	36
3.1.3.1	Comprendre la douleur	36
3.1.3.2	Evaluer et caractériser la douleur	36
3.1.3.3	Gérer la douleur	39
3.1.4	Prise en charge de l'enfant en fonction de l'âge	40
3.1.4.1	Le développement de l'enfant	40
3.1.4.1.1	Le développement cognitif selon Piaget	41
3.1.4.1.2	Le développement psychomoteur de l'enfant	41
3.1.4.2	Induction en fonction de l'âge	44
3.1.4.2.1	De 0 à 2 ans	45
3.1.4.2.2	De 2 à 4 ans	45
3.1.4.2.3	De 4 à 6 ans	45
3.1.4.2.4	De 7 à 11 ans	45
3.1.4.2.5	Adolescence	45
3.1.5	Prise en charge en fonction du type de soin	46
3.1.5.1	Anesthésie	47
3.1.5.2	Soin conservateur	47
3.1.5.3	Extraction / chirurgie	48
3.1.5.4	Prise d'empreinte	48
3.1.5.5	Orthopédie dento-faciale	49
3.1.5.6	Geste d'urgence	49
3.1.6	Hypnose et sédation complémentaire	50
3.1.6.1	Hypnosédation	50
3.1.6.1.1	Prémédication sédatrice	50
3.1.6.1.2	Sédation consciente par mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote	50
3.1.6.2	Distraction	51
3.1.6.3	Musicothérapie	51
3.2	Déroulement d'une séance type au cabinet	52
3.2.1	Salle d'attente et accueil	52
3.2.2	Accueil dans le cabinet	52
3.2.3	Installation au fauteuil	53
3.2.4	Anamnèse et examens endo-buccal et exo-buccal	54
3.2.5	La communication	55
3.2.6	Rôle d'un tiers	56
3.2.6.1	Rôle de l'assistant(e)	56
3.2.6.2	Rôle des parents	57
3.2.7	Exemples de mises en situation	57
3.2.7.1	Chez l'enfant de 2 à 4 ans	57
3.2.7.2	Chez l'enfant de 4 à 6 ans	58
3.2.7.3	Chez l'enfant de 7 à 11 ans	60
3.2.7.4	Chez l'enfant de 12 ans et plus	64
	Conclusion	67
	Références bibliographiques	69
	Annexes	74

Table des figures	76
Table des tableaux.....	77

Introduction

Au cours de sa pratique au cabinet dentaire, le chirurgien-dentiste est confronté à des patients angoissés, stressés voire phobiques. Chez les jeunes patients, l'environnement inconnu, le matériel, les sons, les oui-dire ou autre « peur de la piqûre » s'avèrent être anxiogènes.

Ces situations d'anxiété compliquent grandement la prise en charge du patient, et peuvent devenir un obstacle tant pour le patient que pour le praticien, jusqu'à parfois aboutir à des échecs de soins.

Si des méthodes telles que la prémédication sédative, la sédation consciente ou le recours aux soins sous anesthésie générale s'offrent au chirurgien-dentiste, des méthodes non médicamenteuses, axées sur la relaxation, comme l'hypnose, peuvent s'avérer être une bonne alternative ou un bon complément à ces techniques.

L'utilisation de l'hypnose dans le domaine médical a fait ses preuves et tend à se développer davantage. Elle se développe notamment en chirurgie dentaire et offre un large panel d'utilisation, allant de la simple relaxation du patient jusqu'au remplacement de l'anesthésie locale. [21]

Chez l'enfant, sa pratique est facilitée par son imaginaire débordant. Cependant, elle nécessite de connaître les grands principes de l'hypnose et de maîtriser les différents stades de développement de l'enfant, afin d'adapter son application à l'âge et aux centres d'intérêt du patient.

A travers cette thèse, nous verrons dans un premier temps les principaux fondements de l'hypnose, puis nous aborderons dans une seconde partie les différentes étapes de sa mise en application, pour enfin nous intéresser à son utilisation au cabinet dentaire, et plus particulièrement chez l'enfant.

1 Généralités sur l'hypnose

1.1 Historique

Utilisée depuis l'Antiquité, la pratique de l'hypnose a toujours fasciné mais aussi été sujette à controverse. Contrairement à ce que laisse penser son étymologie, le terme hypnose est issu du grec « hupnos » signifiant « sommeil », or, il ne s'agit en aucun cas d'un état de sommeil mais plutôt d'un état de conscience modifiée. [37]

1.1.1 Les débuts de l'hypnose

L'hypnose moderne apparaît en Europe au XVIII^{ème} siècle avec un médecin allemand, Franz Anton Mesmer. Avec sa théorie du « magnétisme animal », il décrit la maladie comme un déséquilibre de fluide dans l'organisme et soignait en rétablissant cet équilibre grâce à des « passes magnétiques ». Déjà à l'époque, on observait des comportements de transe plus ou moins forts selon les patients.

En parallèle, l'abbé J.C. de Faria utilisait une hypnose plus suggestive et verbale, et décrivait une entrée dans un sommeil lucide ou « somnambulisme artificiel » pour lequel le sujet hypnotisé est acteur.

James Braid, médecin généraliste du XIX^{ème}, sera le premier à dévoiler les facteurs psychologiques de l'hypnose. [57]

1.1.2 L'hypnose et la médecine

De nombreux médecins vont, au XIX^{ème} siècle, utiliser l'hypnose comme analgésique lors d'actes chirurgicaux.

Parmi eux, on note l'Écossais James Esdaile, qui pratiquera près de trois cents interventions, dont des amputations ou des ablations de tumeurs sous hypnoanalgésie.

Par la suite, Jean-Martin Charcot, pensant que l'état hypnotique était une névrose, l'utilisera à la Salpêtrière pensant pouvoir traiter l'hystérie.

En opposition à ce dernier, les théories sur l'hypnose actuelle sont celles qui seront développées par Hippolyte Bernheim et Ambroise-Auguste Liébeault à la fin du XIX^{ème} et au début du XX^{ème} siècles. [56]

1.1.3 L'hypnose en chirurgie dentaire

En France, la première utilisation de l'hypnose en chirurgie dentaire répertoriée date de 1837, par Jean-Baptiste Oudet pour une avulsion de molaire.

En 1847, les chirurgiens-dentistes Ribaud et Kiara, procèdent à l'ablation d'une tumeur de la mâchoire avec pour seul moyen anesthésique l'hypnose.

C'est à cette même période que l'anesthésie au chloroforme fait son apparition, éclipsant la sédation par l'hypnose au second plan. [31]

Actuellement, l'hypnose est utilisée en chirurgie dentaire pour contrôler la douleur et la peur des soins, pour diminuer voire arrêter un bruxisme mais également contrôler un saignement. [56]

1.1.4 L'hypnose Ericksonienne

Dès les années 1960-1970, Milton Erickson révolutionna l'hypnose en médecine et en psychothérapie en mettant notamment en avant la relation patient-thérapeute.

Alors qu'avant l'hypnothérapeute était plutôt directif et autoritaire, on le préfère désormais comme accompagnant le patient, avec un discours plus suggestif et basé sur les ressources internes du patient. Le patient devient acteur de la séance. [60]

Erickson est considéré comme le fondateur de l'hypnose conversationnelle. [17]

1.2 Définitions

L'hypnose peut se définir de multiples façons et sa définition a évolué au fil du temps. De plus, il existe différents types de pratiques hypnotiques dont l'utilisation dépend du but thérapeutique recherché.

1.2.1 L'hypnose

L'hypnose se définit par « un état de conscience modifié, entre la veille et le sommeil, provoqué par la suggestion. » [32]

Selon Jean Godin, psychothérapeute, il s'agit d'un « mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'un tiers, parvient à faire

abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. » [22]

Chez l'enfant, il va être plus aisé de mettre l'hypnose en application en s'aidant de son imaginaire débordant. En effet, il va spontanément s'exprimer et structurer sa pensée par son imaginaire, se projeter dans des mises en scène. Par ailleurs, de nombreux outils simples sont à notre portée pour faciliter l'ouverture sur l'imaginaire, tels que le dessin, les jeux ou l'invention d'histoires.

Jean-Marc Benhaiem propose une approche axée autour de la douleur : « L'hypnose thérapeutique est une expérience relationnelle mettant en jeu des mécanismes physiologiques et psychologiques permettant à l'individu de mieux vivre, d'atténuer ou de supprimer une pathologie douloureuse aiguë ou chronique. » [4]

1.2.2 L'hypnose conversationnelle

Encore appelée communication hypnotique ou hypnose informelle, il s'agit d'utiliser des principes de communication, principalement métaphoriques afin de créer un état de conscience modifié, en conversant avec le patient, tout en ayant un effet thérapeutique. [11]

Uniquement axée sur la communication verbale, elle permet d'aider le patient à mieux appréhender le soin à venir et de réduire la douleur. En effet, tout patient a naturellement une pensée négative, source d'angoisse et d'anxiété. Grâce à l'hypnose conversationnelle, les tournures de phrases et le vocabulaire employés vont permettre au patient d'anticiper plus positivement l'acte.

Elle est assez rapide et facile à mettre en place, et son efficacité, notamment chez l'enfant, en fait la méthode la plus utilisée au cabinet dentaire.

1.2.3 L'hypnose formelle

L'hypnose formelle est mise en place pour les anxiétés plus fortes et les phobies.

Sa mise en œuvre est plus complexe et nécessite souvent un entretien préalable avec le patient afin de dissiper ses doutes sur l'hypnose et de définir un cadre et un contrat avec le patient. [55]

1.2.4 Le processus hypnotique

Il est défini comme le passage de l'état d'éveil à l'état hypnotique.

Il se caractérise par trois séquences distinctes : l'induction, la dissociation et le retour. (Figure 1)

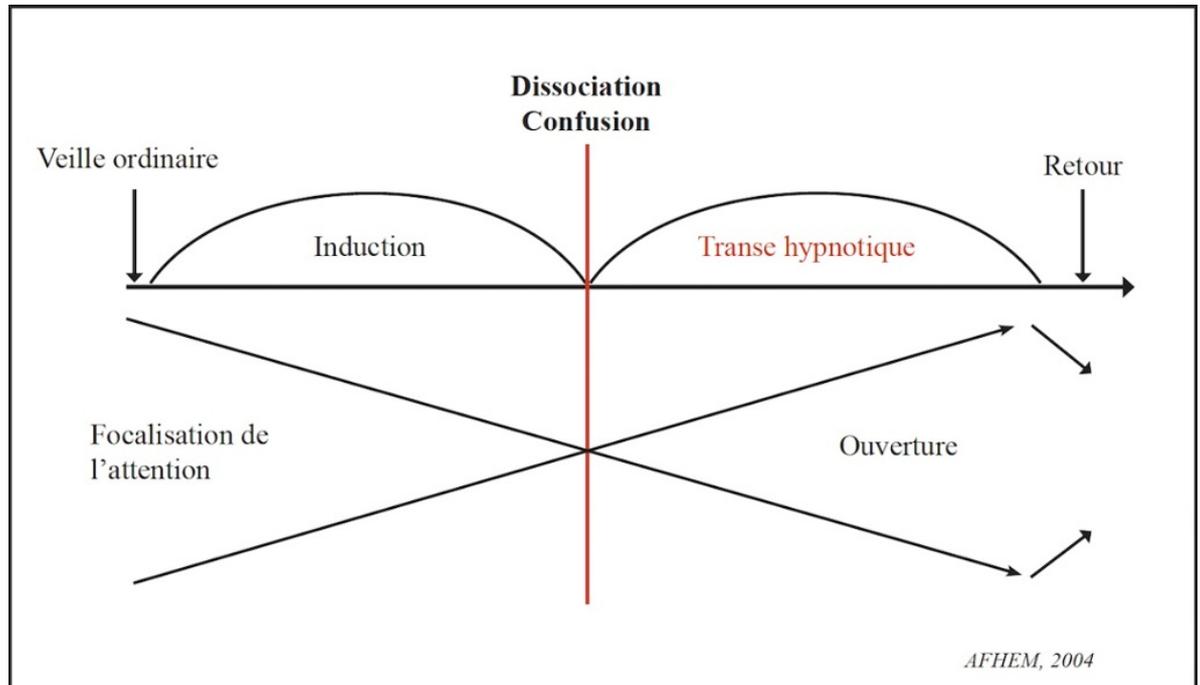


Figure 1 : Les différentes étapes d'une séance d'hypnose [35]

L'induction est l'ensemble des moyens mis en œuvre intentionnellement (suggestions et autres) dont le but est de susciter ou de faciliter la survenue d'un état hypnotique. [6]

La dissociation est la caractéristique majeure de l'état hypnotique. Son intensité va de pair avec celle de la transe.

On va chercher à dissocier l'inconscient du conscient et ainsi créer la confusion.

Le retour, également appelé sortie de transe ou réassociation, correspond au retour à l'état de conscience, vigile. Il est impératif à chaque séance.

Il doit être progressif et nécessite d'insister sur le retour du patient « ici et maintenant », dans la réalité.

Ces trois étapes seront vues plus en détails ultérieurement. (Voir paragraphe 2.1)

1.2.5 L'hypnoalgésie

L'hypnoalgésie consiste à mettre en application les principes de l'hypnose formelle ou informelle afin de réduire les sensations douloureuses, qu'elles soient aiguës ou chroniques.

Elle s'utilise seule ou associée à une anesthésie locale, une prémédication anxiolytique ou des antalgiques.

Elle peut être associée à une sédation consciente, et plus ou moins à une anesthésie locale, on parlera dans ce cas d'hypnosédation. [3]

2 Méthodologie

2.1 Les étapes d'une séance d'hypnose

Comme brièvement vu précédemment, le bon déroulement d'une séance d'hypnose passe par plusieurs étapes à suivre scrupuleusement afin d'obtenir un état hypnotique satisfaisant.

2.1.1 L'induction

L'induction correspond à l'entrée dans l'état hypnotique. On l'obtient en concentrant l'attention de l'enfant sur un point simple, sur sa respiration ou sur un sujet particulier préalablement choisi. Le choix de ce sujet nécessite un entretien en amont avec l'enfant afin de mieux connaître ses centres d'intérêt. [17]

Chez l'enfant notamment, cette étape peut être très rapide (quelques minutes) mais reste essentielle. En effet, c'est à cette étape que l'on va capter l'attention de l'enfant en le focalisant sur un point précis en s'aidant de la sensorialité (voir paragraphe 2.2.2 Le VAKOG).

Exemple d'induction simple en utilisant les appuis du corps : « Je te propose de t'installer bien confortablement sur ce fauteuil, de sentir ta tête bien ancrée sur l'appui-tête, tes bras posés sur les accoudoirs ... »

Généralement, une bonne induction prend trois à quatre minutes. [4]

2.1.2 La relaxation

La relaxation fait immédiatement suite à l'induction. Elle sera accentuée en fonction de la durée de soin attendue, en utilisant des termes associés à la relaxation : tranquillement, paisible, doucement, d'une voix calme et en faisant des pauses plus ou moins longues entre les phrases. [34]

2.1.3 L'état hypnotique

Encore appelé état de transe, l'état hypnotique est défini comme un état modifié de conscience, un état de veille paradoxale.

Il s'agit, selon Antoine Bioy, de « la modulation de la conscience pour entrer dans un fonctionnement psychologique impliquant à la fois les circuits de l'attention et les circuits de la détente. Cet état de conscience modifié implique un certain fonctionnement psychique, mental et relationnel qu'il est possible de caractériser en neurosciences et psychologie. » [11]

Bien qu'étant subjective, la transe est reconnaissable et assez caractéristique. En effet, les sujets présentent une concentration largement augmentée, une réaction aux stimulations extérieures moindre et se focalisent davantage sur leur monde interne.

Comme pendant le sommeil, respiration et rythme cardiaque sont diminués, les muscles sont plus détendus mais, contrairement au sommeil, les réflexes persistent.

On décrit différents niveaux de transe : légère, moyenne et intense. Les réactions l'accompagnant seront plus ou moins fortes et perceptibles. De plus, un patient, au cours de la même séance, peut passer par plusieurs stades d'intensité. [56]

2.1.4 La dissociation

La dissociation correspond au moment où l'on « emmène » le patient ailleurs, en expliquant ce que l'on va faire à l'aide de métaphores. (Figure 2)

Il s'agit, selon Antoine Bioy, de la « rupture dans l'unité de la conscience et dans la cohésion des perceptions du sujet, ce qui entraîne une réorganisation de l'espace psychique et perceptif du patient. » [11]

C'est à ce moment que le patient commence à se sentir en sécurité, oublie ses peurs, tout en effaçant les sensations désagréables et douloureuses.

Cette étape correspond au début du soin.



Figure 2 : La dissociation [34]

2.1.5 Le lieu de sécurité

Suggérer à l'enfant de se rendre dans un lieu où il se sent bien, réel ou imaginaire, de se remémorer un moment agréable, permet de conforter le sentiment de sécurité. Cette suggestion restera vague afin de lui laisser le choix total. C'est donc le patient qui parle de ce lieu et le décrit, et le praticien l'y accompagne.

Si le praticien tient compte des canaux sensoriels préférentiels (voir paragraphe 2.2.2 Le VAKOG), ce lieu de sécurité sera davantage retrouvé. [11]

Ce même lieu sera utilisé par la suite lors de la suggestion post-hypnotique.

2.1.6 Les métaphores

Les métaphores sont des figures de style construites sur l'analogie et la substitution. Il peut s'agir d'une simple image ou d'une histoire créée à partir de celle du patient ou de son vécu. [11]

Le but d'une métaphore est d'aider le patient à envisager autrement sa difficulté, à dépasser une résistance, ou à cheminer différemment pour trouver une solution. [7]

Elles seront utilisées lors de moments plus délicats du soin, lors de l'anesthésie ou lorsque l'on s'attend à une sensation désagréable par exemple.

2.1.7 La suggestion post-hypnotique

La suggestion post-hypnotique va permettre à l'enfant de comprendre qu'il est acteur de cet état hypnotique dans lequel il a été mis et qu'il peut, lors de situations difficiles pour lui, y retourner facilement.

Par exemple, s'imaginer retourner dans le lieu de sécurité évoqué précédemment lui donnera un sentiment de confort, on peut également utiliser les éléments cités lors de l'induction, c'est-à-dire s'aider de la sensorialité.

Chez les enfants, ce sont ces suggestions post-hypnotiques qui sont utilisées pour l'arrêt de la tétine ou de la succion du pouce par exemple.

2.1.8 Le retour

Le retour est l'étape indispensable à toute séance, et ce, quelle qu'en soit la durée.

Elle va permettre au patient de revenir « ici et maintenant ».

On va suggérer de rouvrir les yeux, de retrouver ses sensations, tout cela après un décompte par exemple.

2.1.9 Synthèse du processus hypnotique

En résumé, l'état hypnotique s'obtient en suivant un fil conducteur reproductible à chaque séance. (Figure 3)

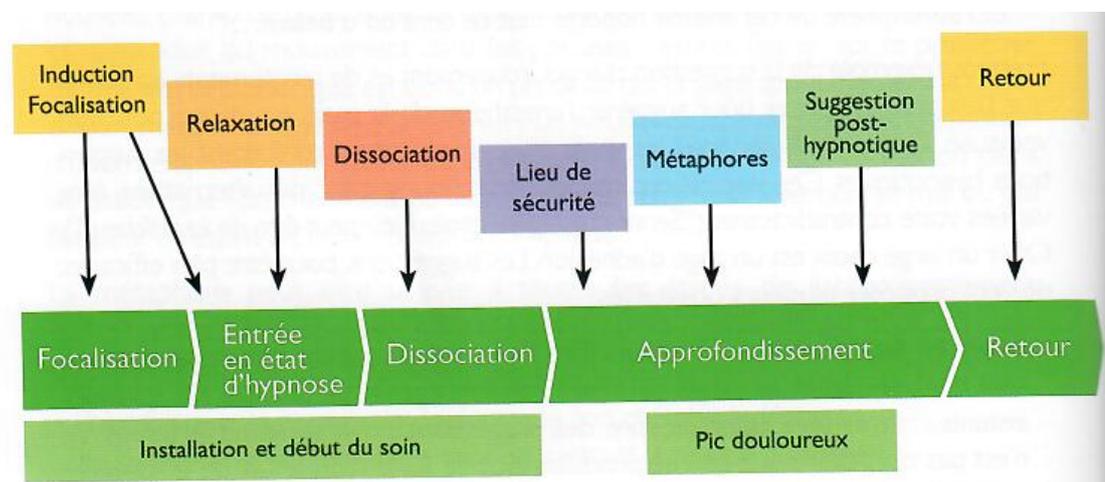


Figure 3 : Le processus d'hypnoanalgésie [34]

2.2 La communication hypnotique

En hypnose, la communication a évolué avec le temps. Aujourd'hui, elle constitue une réelle interaction entre le praticien et le patient qui doit se sentir en sécurité et en confiance pendant la séance. [36]

De plus, elle s'établit grâce à différents moyens d'importance plus ou moins grande : le ton, les mots et le langage corporel.

2.2.1 Le praticien

2.2.1.1 La voix

La tonalité de voix et la cadence de parole se doivent d'être variées. Il faut utiliser différentes inflexions de voix et ne pas toujours employer un ton monotone et lisse. De plus, le rythme de parole sera assez lent mais au rythme variable, avec des pauses plus ou moins longues, des silences qui suivront le rythme de respiration du patient et des hésitations. C'est en effet principalement pendant les pauses que le patient réalise les choses qui lui sont suggérées. [51]

Le style de voix employé peut varier d'un patient à un autre en fonction de ses réactions. Chez certains, les nuances de voix ont un effet suggestif supérieur à celui des mots. [56]

D'après Erickson, la voix employée est liée à la réponse hypnotique souhaitée. [17]

2.2.1.2 La relation patient-praticien

En hypnose, afin que la séance se déroule au mieux, il doit s'installer entre le patient et le praticien une relation de confiance, de sincérité afin que ce premier se laisse aller plus facilement et ressente l'empathie du thérapeute. [64]

Cette relation de sécurité passe par la création d'un « effet miroir ».

Notamment chez l'enfant, il est important que le praticien encourage et félicite le patient de ses progrès.

Dans le cas de l'usage de l'hypnose chez l'enfant, il est nécessaire pour le praticien de garder son âme d'enfant. Il faut en effet réussir au mieux à captiver l'enfant.

2.2.2 Le VAKOG

Le VAKOG fait référence aux différents canaux sensoriels (Visuel, Analogique, Kinesthésique, Olfactif et Gustatif) dont la stimulation répétée lors de l'induction permettra l'accès à l'état hypnotique. [56]

Afin de situer le patient sur « l'échelle VAKOG », il faut l'interroger sur son quotidien, ses habitudes, ses loisirs, ses goûts mais aussi savoir ce qu'il n'aime pas, mais également être attentif à la façon dont il les exprime et ainsi repérer les canaux sensoriels à privilégier lors de l'induction. [11] (Annexe 1)

Cela permettra d'amener le patient vers une pensée agréable.

Pour chaque canal sensoriel suivant, on prendra pour exemple l'accompagnement d'un enfant aimant aller à la fête foraine :

- Pour l'induction visuelle, on peut demander au patient de se focaliser sur un point fixe, sa vigilance va alors diminuer tout comme sa vision va se brouiller.

On peut également saturer son attention avec un champ lexical approprié. [11]

Exemple : « Je t'invite à observer les manèges qui tournent, les peluches de toutes les couleurs et de toutes les formes, les lumières qui clignotent. »

- Pour une induction auditive, le praticien va plutôt focaliser l'attention du patient sur l'ouïe. [11]

Exemple : « Tu peux entendre les enfants qui rient, les musiques dans les allées, les sons de chaque attraction. »

- L'induction kinesthésique passe par l'imagination d'une activité motrice, d'une sensation de toucher, tout en insistant sur les sensations et les mouvements du corps. [11]

Exemple : « Tu es bien installé sur ce manège, qui tourne, tu tiens bien le volant de cet avion que tu feras voler, tu sens que le manège monte, puis descend, il y a beaucoup de mouvement. »

- Le vocabulaire associé à l'olfaction sera à privilégier pour les patients au canal préférentiel olfactif. [11]

Exemple : « Tu sens les odeurs de sucre chaud, des bonbons à la fraise, à la vanille, ou peut-être sens-tu l'odeur de chocolat qui fond. »

➤ Pour l'induction gustative, on utilisera tout ce qui s'apparente au goût. [11]

Exemple : « Et si tu dégustais cette barbe à papa, au bon goût de fraise, ou bien peut-être que tu préfères croquer un morceau de nougat. »

En fonction des patients, différents canaux sensoriels peuvent être croisés, par exemple le gustatif et l'olfactif sont facilement associables.

Exemple : « Tu pourrais t'imaginer croquer cette énorme pomme d'amour, au goût légèrement acide qui sent bon le caramel. »

2.2.3 Les éléments de langage

Il existe différentes façons de déclencher la phase d'induction. Afin de sortir le patient de son état de conscience, bon nombre d'outils d'expression s'offrent au praticien. Qu'il s'agisse de moyens verbaux ou non verbaux, il est primordial d'orienter la pensée du patient, sans le brusquer ou en lui laissant le choix, afin d'associer l'instant à un souvenir ou moment agréable.

2.2.3.1 Le langage verbal

Comme dit précédemment, un entretien préalable avec le patient doit être effectué. Il a pour but de connaître ses goûts et souvenirs agréables et va permettre de trouver le fil conducteur de la séance et de choisir les mots à employer.

2.2.3.1.1 Les suggestions

Les suggestions sont des propositions que l'on va émettre afin de faire naître une idée. Il peut s'agir de sensations ou de sentiments. [34]

2.2.3.1.1.1 Les suggestions directes

La suggestion directe est une suggestion dans laquelle l'opérateur fait la demande claire et directe d'une certaine réponse. [12]

Le praticien va les utiliser afin de clairement évoquer ses intentions.

Elles seront principalement utilisées :

- en début de séance, pour focaliser l'attention,

- en urgence, afin de créer une sensation de soulagement immédiat,
- lors du retour à l'état vigile.

Par exemple : « Maintenant, nous allons compter jusqu'à cinq, et ensuite, tu ouvriras les yeux. »

2.2.3.1.1.2 Les suggestions indirectes ou ouvertes

Le praticien laisse le patient choisir, en restant évasif et en ne donnant aucun ordre. En utilisant des expressions telles que « *Je te propose de d'installer sur ce fauteuil* », « *C'est comme tu veux* », « *Peut-être pourrais-tu penser à ceci, ou à cela, c'est toi qui choisis* », le patient reste acteur et se laisse aller plus facilement.

Il est également important de tenir un discours valorisant « *Tu peux faire comme ça, c'est bien aussi* » afin d'encourager la décision de l'enfant ou encore d'employer la double suggestion paradoxale comme par exemple « *Peut-être ressens-tu une sensation de fraîcheur, ou une légère chaleur.* »

2.2.3.1.1.3 Les suggestions métaphoriques

Le langage métaphorique va permettre de relier une idée à une image. Elle est intéressante à utiliser chez l'enfant afin de déplacer une pensée figée sur un problème ou une peur vers une image.

Par exemple, lors d'une anesthésie dentaire locale, on peut associer la sensation liée à l'injection du produit à un ballon qui gonfle.

2.2.3.1.2 Le choix des mots

Il est préférable d'utiliser des mots se rapprochant d'un sujet agréable évoqué par le patient, qui constituera la trame de séance. Toutefois, le vocabulaire employé doit rester vague afin de laisser l'imaginaire du patient s'exprimer (voir paragraphe 2.2.3.1.1.2 Les suggestions indirectes ou ouvertes).

2.2.3.1.2.1 Le saupoudrage

Le saupoudrage fait référence à l'utilisation, avec parcimonie, de mots à connotation agréable afin d'augmenter la sensation de confort du patient comme « *C'est bien ce que tu fais* », « *Continue comme ça* ».

2.2.3.1.2.2 Les truismes

Les truismes sont une forme de suggestion indirecte visant à obtenir l'aval du patient sans qu'il n'ait le choix, en énumérant successivement ou non des évidences et faits qu'il ne peut contester. Généralement, quatre truismes sont nécessaires pour que le patient accepte.

Ils vont être en rapport avec l'environnement, la situation globale, les mouvements ou la position du corps et vont introduire une suggestion. [53]

Exemple lors de l'accueil de l'enfant : « Il fait beau aujourd'hui, tu as mis ton joli tee-shirt rose. »

2.2.3.1.2.3 La négation et la double négation

Les mots à connotation négatives sont à proscrire. En effet, même si l'on dit « *ça ne va pas faire mal* », le patient ne va retenir que l'allusion à la douleur.

La double négation est surtout employée chez les patients plus résistants afin de créer la confusion et le laisser penser qu'il a davantage choisi la situation.

Par exemple : « Tu peux écouter ce que je vais dire ou ne pas écouter, ou n'écouter que ce que je ne vais pas dire ».

2.2.3.1.2.4 L'implication

L'implication est une forme de suggestion indirecte, une présupposition. Il s'agit d'une manipulation mentale par le langage visant à amener une suggestion comme un fait accompli. Elle permet aussi d'orienter l'esprit du patient dans une certaine direction. [22]

Par exemple : « Tu n'es pas obligé de fermer les yeux maintenant. », l'utilisation du mot « maintenant » implique qu'à un moment donné, le patient fermera les yeux.

2.2.3.1.2.5 Le lien et le double lien

Encore appelé choix illusoire, c'est une technique de manipulation de l'esprit qui permet de faire croire au patient qu'on lui laisse le choix. Le praticien va lui poser une question orientée, à choix multiples, dont chaque réponse servira son intérêt. Mais le fait d'avoir laissé croire au patient qu'il a le choix va le faire se sentir « libre » et faciliter son lâcher prise.

Exemple lors de la prise d'empreinte : « Tu préfères que l'on prenne le chewing gum à la fraise, à la menthe ou au bubble gum ? »

2.2.3.2 Le langage non verbal

En hypnose, le langage non verbal représenterait 70% de la communication. [15]

2.2.3.2.1 La catalepsie

Elle correspond à une rigidité musculaire, souvent du bras, initié par le praticien. Celui-ci va doucement soulever le bras ou l'avant-bras du patient, et le lâcher progressivement lorsque le bras tient seul en l'air. Il ne faut évidemment pas suggérer au patient de se relâcher. [56][59]

2.2.3.2.2 La lévitation du bras

La lévitation du bras, contrairement à la catalepsie, va être suggérée par le praticien et initiée par le patient. On va, dans la suggestion, évoquer des fourmillements dans les doigts, de la légèreté dans le bras jusqu'à la mise en lévitation d'un bras ou encore, dans le cas d'un enfant, évoquer une multitude de ballons qui seraient attachés au poignet de celui-ci. [34]

2.2.3.2.3 Le signaling

Le signaling est un moyen non verbal de maintenir la communication avec le patient.

Le praticien va demander au patient de signaler par un quelconque mouvement (un hochement de tête, un mouvement de la main ou des doigts) si une suggestion proposée est bien réalisée, et s'il est prêt à entrer en hypnose. [7]

Après avoir vu les grands fondements et principes de l'hypnose, nous allons maintenant nous intéresser à son application en odontologie, et plus particulièrement chez l'enfant.

3 L'hypnose chez l'enfant au cabinet dentaire

3.1.1 Généralités

Des études ont démontré que les enfants sont globalement davantage réceptifs à l'hypnose que les adultes de par leur imagination et leur spontanéité. [63][52]

De plus, elle permettrait une diminution de l'anxiété et de la douleur lors des soins dentaires, et ce, notamment lors de l'anesthésie. [27]

Par ailleurs, malgré son effet positif connu, le niveau de preuve de ces études est assez faible, de par le peu d'études menées sur les soins dentaires sous hypnose. [30][2]

3.1.2 Indications

La pratique de l'hypnose est présente dans de nombreux domaines d'application en chirurgie-dentaire.

En effet, elle a fait ses preuves sur de nombreux points : [1]

- diminution des saignements, notamment après une chirurgie,
- réduction de la douleur post-opératoire après une avulsion, [46]
- contrôle de la salivation, [58]
- limitation du réflexe nauséeux,
- l'acceptation d'une nouvelle prothèse amovible [49]
- alternative à l'anesthésie locale
- aide au contrôle de parafunctions tel que le bruxisme [29]
- arrêt de la succion du pouce ou prise de la tétine
- réduction des douleurs liées aux troubles de l'articulation temporo-mandibulaire. [67]

Mais son utilisation majoritaire reste surtout la gestion du patient au fauteuil face à la peur et l'angoisse des soins.

En effet, la plupart des enfants présentant des angoisses ou anxiétés lors des soins dentaires ont souvent un vécu ou une expérience traumatisants voire douloureux liés aux précédents soins, au praticien ou à leur état bucco-dentaire. [40]

Il s'agit majoritairement de patients nécessitant de nombreux soins, polycariés, parfois depuis leur plus jeune âge (2-3 ans), et pouvant être négligés par leur entourage. [61][4]

Leur ressenti face au soin dentaire va s'exprimer d'une façon plus ou moins excessive.

Il a également été noté que l'angoisse maternelle exagérée est fortement corrélée à cette appréhension qu'a l'enfant face aux soins. [62]

De plus, elle peut s'avérer être une alternative aux soins sous mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) ou anesthésie générale lorsque l'état de santé de l'enfant ne le permet pas. [4]

3.1.2.1 La peur

La peur est une réponse émotionnelle normale à un stimulus externe comme le danger ou la menace. Il s'agit d'une réponse de courte durée qui disparaît quand la situation dite « dangereuse » est passée. [5]

Le sentiment de peur apparaît en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé, menant à la fuite ou l'évitement.

En chirurgie dentaire, l'enfant se trouve notamment face à la peur d'une situation nouvelle et inconnue potentiellement douloureuse (comme la « *peur de la piqûre* » par exemple).

3.1.2.2 L'anxiété

L'anxiété est une réponse acquise à la suite d'un vécu personnel ou rapporté par d'autres. C'est un trouble émotionnel qui se manifeste par un sentiment d'insécurité associant inquiétude et appréhension. [47]

Un enfant polycarié ou avec un passif dentaire douloureux appréhendera sa visite au cabinet autant que celui qui, avant sa première consultation, a entendu lors sa petite enfance son entourage dire que « *le dentiste fait mal.* »

3.1.2.3 La phobie

Considérée comme une maladie mentale par l'OMS, la phobie correspond à une peur intense, durable et irrationnelle face à une personne, une situation ou un

objet qui est incontrôlable, face à laquelle les personnes atteintes développent des moyens de défense pouvant aller jusqu'à la crise de panique. [5]

Ce terme est d'ailleurs souvent utilisé à tort, et notamment par les patients des cabinets dentaires se disant « *phobiques du dentiste ou des aiguilles* ». En effet, le nombre de personnes atteint de phobies spécifiques avoisine les 10% de la population. [5]

3.1.2.4 Patient en situation de handicap

De par leur situation de dépendance, la prise de médicaments ou un brossage difficilement réalisable, les patients en situation de handicap ont souvent un état bucco-dentaire fragilisé qui passe au second plan et qui peut fragiliser leur état de santé général et leur qualité de vie.

De plus, leur prise en charge, souvent difficile, s'effectue le plus souvent en milieu hospitalier, au sein de services spécialisés et peut constituer un frein pour certains praticiens de ville (accessibilité, formation insuffisante, absence de valorisation du tarif des soins). [50][24]

En fonction des cas, les soins de ces patients nécessitent souvent une prémédication sédatrice, une prise en charge sous MEOPA voire des soins sous anesthésie générale.

L'hypnose constitue une réelle alternative à la prise en charge médicamenteuse des patients en situation de handicap, en favorisant la communication qui peut s'avérer être compliquée face à certains handicaps.

3.1.2 Contre-indications et limites

Bien qu'ayant fait ses preuves, l'hypnose ne peut cependant pas s'appliquer à tous.

Chez les patients de moins de trois ans, elle est contre-indiquée. Mais, il s'agit d'une contre-indication relative, liée au fait qu'en dessous de 3 ans, le développement de l'enfant ne permet pas l'induction. Il sera, à cet âge, préférable de se tourner vers la distraction.

L'hypnose est également contre-indiquée chez les patients à problèmes psychiatriques (névrose, psychose). [1]

Les limites de l'hypnose se font ressentir chez les patients non coopérants, non volontaires : un enfant qui arrive au cabinet dentaire persuadé que la séance se déroulera mal, sans volonté d'essayer rendra difficile la séance.

3.1.3 La douleur

En chirurgie dentaire, on distinguera 2 types de douleur :

- la douleur liée à l'acte décrit comme tel par l'enfant (anesthésie, curetage), souvent appréhendée, qui entraînera une réaction anxieuse,
- la douleur avec laquelle l'enfant arrive au cabinet (douleur au froid, pulpite). [5]

La douleur va de pair avec la peur et l'anxiété. Il est nécessaire de la comprendre et de l'évaluer avant d'entreprendre les soins.

3.1.3.1 Comprendre la douleur

Selon l'International Association for Study of Pain, la douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en termes impliquant une telle lésion. » [28]

Il s'agit d'un phénomène plurifactoriel interactif faisant intervenir quatre composantes : physique, émotionnelle, cognitive et comportementale, parallèlement au seuil de tolérance et à l'expérience douloureuse propres à chacun. [5]

Il faut bien différencier la sensation douloureuse de l'émotion douloureuse liée à la perception individuelle de l'enfant, c'est cette dernière qui va déterminer son comportement lors des soins. [5]

3.1.3.2 Evaluer et caractériser la douleur

Il n'est pas simple chez le jeune enfant d'évaluer au mieux la douleur. Plus l'enfant est jeune, plus il est difficile de la localiser et de l'estimer lorsque l'on cherche notamment à savoir si elle est provoquée, induite ou continue.

De plus, l'enfant ne se plaint pas systématiquement, elle est parfois déduite par les parents qui observent certaines mimiques douloureuses chez celui-ci sans réellement savoir l'identifier.

Une fois la douleur localisée, de nombreux outils s'offrent au praticien afin de l'apprécier dans le cas où l'enfant ne sait la décrire avec précision. Ces outils permettent une évaluation mesurée et reproductible.

Le comportement du jeune patient va nous donner une première indication : les cris, pleurs, mimiques et grimaces observables par exemple, ainsi que des troubles alimentaires ou du sommeil décrits par l'entourage, il s'agit dans ce cas d'hétéro-évaluation. Il existe des grilles d'évaluation comportementale. [38]

Plusieurs échelles d'auto-évaluation en fonction de l'âge sont également disponibles : [5] [38]

- dès 4 ans, l'échelle visuelle analogique (EVA), qui sera préférentiellement verticale pour les plus jeunes,

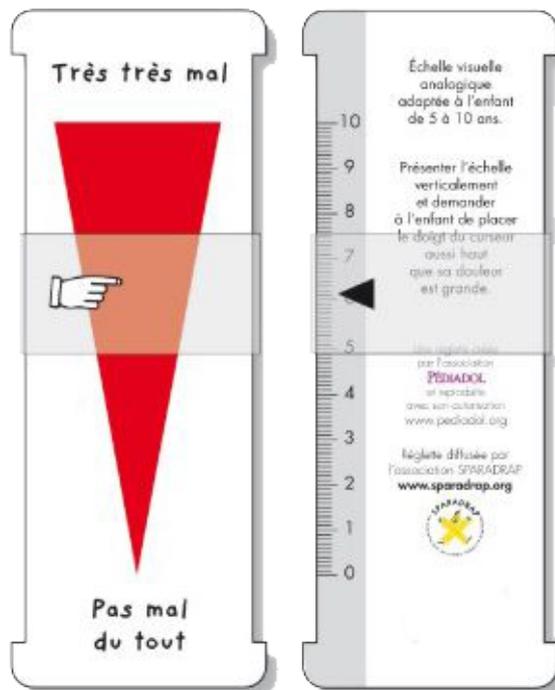


Figure 4 : Echelle Visuelle Analogique verticale [44]

- l'échelle des visages de Wong et Baker, dès 4 ans,

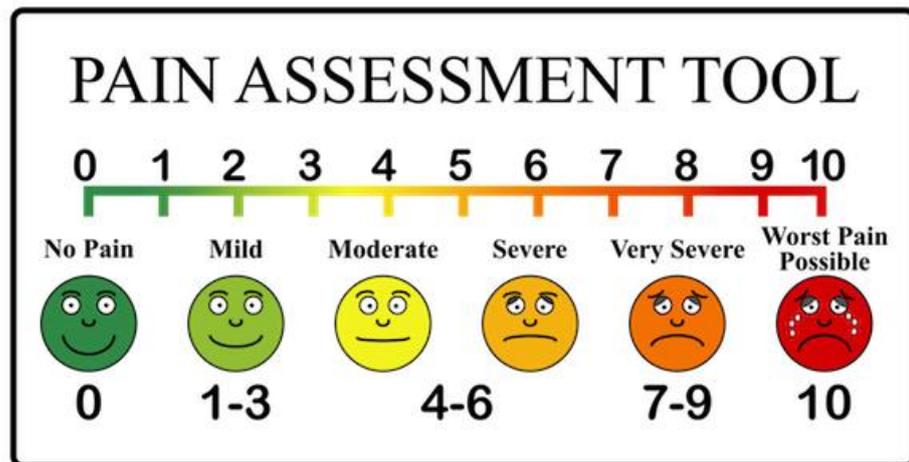


Figure 5 : Echelle des visages de Wong et Baker [25]

- l'échelle des jetons de la douleur pour les plus petits,



Figure 6 : Echelle des jetons ou "Poker chips" [45]

- l'échelle numérique simple à partir de 6 ans,
- l'échelle verbale simple dès 6 ans,
- le schéma utilisable dès 4 ans, où la localisation de la douleur peut être coloriée, en choisissant des couleurs correspondant aux niveaux de douleur
- un questionnaire d'évaluation à remplir avec l'enfant pour les plus grands. (Tableau 1)

Tableau 1 : Questionnaire pour quantifier la douleur [5]

Où as-tu mal ?	Localisation spécifique ou diffuse. S'il n'y arrive pas, palper les différentes zones buccales et lui faire prendre conscience de la localisation
Quand as-tu mal ? A quel moment ?	Avant, pendant et après quelque chose de particulier ou non
Sur quelle durée ?	De temps en temps ou en permanence
Qu'est-ce qui déclenche la douleur ?	La mastication, la température des aliments, le sucré
Qu'est-ce qui augmente ou soulage la douleur ?	La mastication, la température, le contact
Connais-tu cette douleur ? Est-elle nouvelle ?	Oui / Non
Peux-tu quantifier cette douleur avec un mot ?	Proposer 4 mots

Entre 4 et 6 ans, il est recommandé d'utiliser deux échelles différentes afin d'affiner le résultat. [19]

En hypnoalgnésie, la réification est très souvent utilisée. C'est-à-dire que le praticien va demander au patient de mettre un nom, une couleur, une texture, une odeur, un goût, une forme sur sa douleur afin de permettre au patient de reprendre le contrôle sur sa perception. [23]

3.1.3.3 Gérer la douleur

L'hypnose thérapeutique permet de diminuer la douleur autant dans sa composante sensorielle qu'émotionnelle. [23]

L'analgésie par l'hypnose, qui passe également par la diminution de l'angoisse, peut s'effectuer de plusieurs manières, dont voici quelques exemples fréquemment utilisés en chirurgie dentaire :

- la dissociation du corps et de l'esprit, afin d'emmener mentalement le patient ailleurs , hors de l'environnement anxiogène du cabinet dentaire, dès le début de l'induction,
- l'anesthésie dite « en gant », ou « gant magique » pour l'enfant, qui consiste à induire une analgésie au niveau de la main, que le patient déportera ensuite sur la zone douloureuse,
- la réification : après que le patient a réinterprété sa douleur comme vu précédemment, lors de la transe hypnotique, le praticien va suggérer de modifier la couleur, réduire le bruit ou autre en fonction du terme associé. Cette sensation de substitution va permettre de créer une anesthésie durable.

3.1.4 Prise en charge de l'enfant en fonction de l'âge

L'utilisation de l'hypnose chez l'enfant nécessite une adaptation de la part du praticien. En plus d'établir une relation de confiance avec le jeune patient, il va falloir ajuster les étapes à son âge et donc à son niveau de développement et ses centres d'intérêt.

Chez l'enfant, on constate que la réceptivité à l'hypnose est variable selon l'âge :

- chez l'enfant de moins de trois ans, elle est très limitée,
- c'est entre 7 et 14 ans qu'elle est maximale,
- elle décroît ensuite pendant l'adolescence, jusqu'à se stabiliser à l'âge adulte. [41][42]

3.1.4.1 Le développement de l'enfant

La prise en charge d'un enfant au cabinet dentaire, d'une manière générale, nécessite de s'adapter à son âge et donc à son niveau de développement, à son comportement, à son niveau de communication ainsi qu'à sa capacité de compréhension et d'attention. Cela est d'autant plus vrai lors des séances sous hypnose afin de cibler au mieux les mécanismes d'induction à utiliser.

3.1.4.1.1 Le développement cognitif selon Piaget

Piaget a décrit quatre stades de développement de l'intelligence chez l'enfant, lié à son interaction avec l'environnement.

Le stade sensori-moteur de 0 à 2 ans, correspondant au développement et à la coordination des capacités motrices et sensorielles. Il est associé à la découverte du monde. Tous les champs de stimulation du VAKOG sont à utiliser.

Le stade pré-opératoire de 2 à 7 ans, correspond à la phase d'apprentissage du langage. Il est impossible à cette période de différencier la cause de la conséquence de la douleur. L'enfant n'a pas encore de raisonnement logique, il est dans la phase « d'égoïsme » infantile. Ses moyens d'expression passent par le dessin ou les jeux. Le langage se développe progressivement, ainsi que les jeux d'imitation.

De 7 à 11 ans se déroule le stade des opérations concrètes, pendant lequel la pensée logique se structure. L'enfant va acquérir la notion de causalité, il devient plus coopérant et peut rester plus longtemps au fauteuil. Il s'évade très facilement et c'est à cette période que l'hypnose fonctionne le mieux.

Au stade des opérations formelles, dès 12 ans, l'enfant est apte au raisonnement abstrait et peut émettre des hypothèses. L'induction portera plus sur ses activités et jeux préférés. [39][9]

3.1.4.1.2 Le développement psychomoteur de l'enfant

➤ De 0 à 2 ans, stade de la petite enfance

A cet âge, la sphère orale est associée au plaisir et à la découverte de l'environnement, comme par exemple la succion qui remplit une fonction affective.

C'est également à ce stade que l'objet transitionnel, souvent appelé « doudou », permet à l'enfant de supporter la séparation maternelle.

L'enfant aura du mal à supporter d'être maintenu au fauteuil et d'ouvrir la bouche.

Il faut s'attendre à des pleurs qui seront plus une manifestation d'inconfort que de douleur, et rassurer les parents dont la présence rassurera l'enfant. [5]

Les parents peuvent par ailleurs aider le praticien lors de l'examen de l'enfant pendant lequel la position du genoux à genoux le mettra en confiance, il s'agit de placer la tête de l'enfant sur les cuisses du dentiste, une couverture ou un oreiller peuvent être placés sous le patient pour augmenter son confort. Les jambes du jeune patient reposent de part et d'autre du bassin du parent, alors que le reste de son corps est appuyé sur les cuisses du chirurgien-dentiste. (Figure 7)



Figure 7 : Technique genoux à genoux [10]

A cet âge, la prise en charge de l'enfant sous hypnose s'avère donc très compliquée voire impossible de par sa capacité de concentration limitée, l'incompréhension et l'inconfort de la situation. En effet, l'enfant est dans une situation inconnue, inconfortable et la communication verbale est difficile.

Il sera plutôt conseillé de pratiquer la distraction, des chansons, la communication non verbale, de s'aider de l'objet transitionnel de l'enfant qui lui apporte du réconfort mais aussi de collaborer avec les parents, le tout lors de séances courtes qui se solderont en félicitant et encourageant l'enfant. [9]

De plus, le motif de consultation fait souvent suite à une chute, un traumatisme, l'enfant peut donc encore être stressé et choqué.

➤ **De 2 à 6 ans : l'âge préscolaire**

Entre ses deux et six ans, quatre stades de développement se succèdent chez l'enfant :

- De 2 à 3 ans

Dans cette tranche d'âge, bien que le vocabulaire soit encore limité, le langage se développe.

De plus, l'enfant est impatient, sa concentration maximale est d'une à cinq minutes, sa notion du temps est différente (il trouve par exemple l'anesthésie très longue), il est donc difficile d'entreprendre un soin et de mettre en place une séance d'hypnose. Il faut être attentif à son comportement et ses expressions : les notions de gêne et de douleur peuvent être confondues.

Autour de 3 ans, la phase d'opposition arrive, il faudra donc éviter de poser des questions fermées au risque que l'enfant réponde « non » systématiquement.

Il est important de commenter les actes et de montrer les instruments (Tell show do) et à cet âge encore, l'objet transitionnel réconfortant appartenant à l'enfant constitue une aide.

- De 3 à 4 ans

L'enfant développe son autonomie et sa confiance. Il s'exprime par le biais de dessins, de jeux, il commence à compter et à intégrer la fonction symbolique, c'est-à-dire que sa pensée se base sur des représentations imagées d'objets et d'évènements qu'il a vécus, grâce à ses premiers pas à l'école.

La capacité d'attention de l'enfant peut atteindre huit minutes.

- De 4 à 6 ans

A cet âge, le langage se développe et la communication verbale est facilitée.

L'apparition de la période du pourquoi pourra être tournée à l'avantage du praticien afin de raconter une histoire et commencer l'induction.

Sa concentration atteint une dizaine de minutes permettant des consultations plus longues.

Mais à cet âge, l'enfant est vite distrait et il faudra si possible éviter la présence d'autres personnes autour (la fratrie notamment).

➤ **De 7 à 11 ans : l'âge scolaire**

C'est à ces âges que la réceptivité à l'hypnose chez l'enfant est la meilleure.

En effet, la capacité de concentration passe de douze à vingt-cinq minutes, la pensée logique se développe, l'enfant devient plus indépendant et est en plein

développement social et intellectuel. Il devient de plus en plus coopérant, il a pleine conscience des règles à respecter et de l'autorité.

Dès 7 ans, la motricité est parfaitement maîtrisée.

➤ **Dès 12 ans, l'adolescence**

C'est une période difficile pour l'enfant qui recherche son identité et dont le caractère s'affirme.

Le tableau suivant résume le temps d'attention et la réceptivité à l'hypnose en fonction de l'âge de l'enfant. (Tableau 2)

Tableau 2 : Attention et réceptivité à l'hypnose en fonction de l'âge

Âge	Capacité d'attention	Réceptivité à l'hypnose
0-2 ans	Très limitée	Nulle
2-3 ans	1-5 minutes	+/-
3-4 ans	5-8 minutes	+
4-6 ans	10-12 minutes	+
6-11 ans	25 minutes	+++
12 ans et plus	40 minutes	+

3.1.4.2 Induction en fonction de l'âge

Comme évoqué précédemment, la prise en charge sous hypnoalgésie de l'enfant va dépendre de son âge : le praticien, préalablement renseigné sur les goûts, sports, jeux et livres favoris de l'enfant va largement s'en inspirer.

De plus, il faut être très attentif au vocabulaire employé par le patient pour évoquer sa douleur et le réutiliser. [63]

Par ailleurs, la prise en charge d'un patient sous hypnose est d'autant plus aisée chez l'enfant dont l'imagination et le mimétisme sont constamment en animation. [16]

Le praticien doit faire sentir à l'enfant qu'il croit en ce qu'il raconte, afin de capter au mieux son attention et d'obtenir une participation active de celui-ci.

Olness et Kohen ont résumé les différentes techniques d'induction selon l'âge des jeunes patients. (Annexe 2)

3.1.4.2.1 De 0 à 2 ans

Chez les plus jeunes, entre 0 et 3 ans, on parlera plutôt de distraction que d'hypnose.

A cet âge dit préverbal, on privilégiera :

- une approche tactile (caresses, câlins) à vocation rassurante,
- une stimulation sonore (chanson, musique de jouet),
- sur les plans visuel et kinesthésique, l'utilisation de l'objet transitionnel, réconfortant.

3.1.4.2.2 De 2 à 4 ans

Entre 2 et 4 ans, l'enfant est dans la phase verbale, l'induction la plus adaptée pourra se faire à l'aide des moyens visuels et auditifs suivants :

- faire des bulles de savon,
- raconter une histoire, chanter une comptine comme distraction,
- utiliser des marionnettes pour raconter une histoire, manipuler les instruments.

3.1.4.2.3 De 4 à 6 ans

A partir de 4 ans, on peut commencer à raconter une histoire inspirée des fictions, livres ou héros favoris de l'enfant.

3.1.4.2.4 De 7 à 11 ans

Dès 7 ans, le praticien peut permettre à l'enfant de s'évader en lui parlant de ses activités ou lieux préférés, des jeux vidéo, du ciel ou encore le transporter sur un tapis volant.

C'est également à partir de cet âge que le rapprochement des doigts ou la rigidité des membres peuvent être initiés.

3.1.4.2.5 Adolescence

A l'adolescence, il faut faire attention à ne plus traiter le jeune patient comme un enfant et employer un vocabulaire plus adapté.

Pour l'induction, l'emploi de termes abordant le sport, le cinéma, la musique est conseillé. A cet âge, le praticien peut davantage se focaliser sur la respiration et mettre en place la catalepsie.

3.1.5 Prise en charge en fonction du type de soin

De par son vécu ou ce qu'il a entendu, le vocabulaire propre à la chirurgie-dentaire est souvent source de peur auprès de l'enfant. Il est donc conseillé d'adapter le vocabulaire afin d'en faire émerger un ressenti plus positif. (Tableau 3) Cela est valable lors de soins sous hypnose, mais également lors de soins conventionnels.

Tableau 3 : Adaptation du vocabulaire dentaire à l'enfant [16]

<i>Terme dentaire</i>	<i>Adaptation</i>
Sonde	Exploratrice (Dora)
Seringue air/eau	Vent, air, pluie, pistolet à eau
Carie	Caverne, grotte, château
Bactéries	Microbes, bêtes, soldats, Minions
Test au froid	Boule de glace, de neige
Radio	Photo
Aspiration	Canard, machine à bisous, aspirateur
Anesthésie	Endormir la dent, le moustique, potion magique
Clamp	Couronne de princesse, casque de chevalier
Digue	Parapluie, robe de princesse, parachute
CVI, composite, IRM	Pansement, pâte à modeler
Lampe à photopolymériser	Sabre laser, lampe magique, lampe de Schtroumpf
Avulsion	Cueillir, faire de la balançoire
Matériau à empreinte	Pâte à modeler, chewing-gum

3.1.5.1 Anesthésie

L'anesthésie locale, bien que pouvant être évitée lors de soins sous hypnose, est un geste essentiel au bon déroulement de certains soins. Elle est bien souvent redoutée par le jeune patient. Eviter d'employer des termes à consonance négative comme « *piqûre* », « *ça ne fera pas mal* » mais plutôt évoquer la sensation d'apaisement de la douleur afin de pouvoir travailler en toute sérénité est la conduite à tenir.

Diminuer l'angoisse préalable à l'anesthésie va permettre de renforcer cette dernière, et ainsi de diminuer les quantités à administrer. [26]

Des études ont permis de montrer l'effet bénéfique de l'hypnose et de la distraction chez l'enfant et l'adolescent sur l'angoisse et la douleur liées aux aiguilles et à l'anesthésie. [8][27]

On emploiera un vocabulaire adapté tel que « *la potion magique d'Astérix pour endormir ta dent* » pour l'anesthésique, le « *moustique* » pour évoquer l'injection et enfin comparer la gencive à un « *ballon qui gonfle* ».

Les gestes habituels pour une injection indolore seront également mis en place : [5]

- expliquer, faire,
- appliquer un gel anesthésique local, de préférence parfumé afin de mettre en valeur le sens gustatif,
- tendre la muqueuse,
- orienter le biseau de l'aiguille pour une pénétration passive de celle-ci,
- injecter lentement (1mL/min).

L'anesthésie assistée électroniquement peut également être utilisée (Quicksleeper[®], SleeperOne[®]) et son aspect ludique peut être un atout (son, lumière clignotante).

Il faut parler continuellement à l'enfant pendant l'injection afin de détourner son attention mais également prévenir les éventuels mouvements brusques.

Les parents ont un rôle primordial en amont, il faut en effet éviter les images punitives qui accroissent l'angoisse de l'enfant comme par exemple « *si tu n'es pas sage, le dentiste te fera une piquûre.* »

3.1.5.2 Soin conservateur

Comme pour tout acte, il faut expliquer au préalable à l'enfant ce qu'il va être fait, toujours en utilisant le vocabulaire adapté.

Pour les soins conservateurs, ce sont souvent les instruments rotatifs et parfois l'aspiration qui impressionnent, cette dernière pourra être appelée « *trompe d'éléphant* » par exemple.

Pour les instruments rotatifs, ils pourront être comparés à un moteur d'avion ou d'hélicoptère qui fait tourner l'hélice, avec le saut en parachute qui suit pour imager la pose de digue.

Enfin, pour les matériaux d'obturation, le praticien peut parler de pansement ou pâte à modeler, et, pour la lampe à photopolymériser, de sabre laser ou baguette magique. [49]

3.1.5.3 Extraction / chirurgie

Dans un premier temps, l'anesthésie s'avère nécessaire (voir paragraphe 3.1.5.1) même si les actes chirurgicaux sous hypnoalgésie uniquement se développent considérablement.

Là encore, le vocabulaire et les métaphores doivent être adaptés à la situation. Par exemple si l'on a emmené un enfant s'évader dans un parc, on pourra comparer le mouvement de mobilisation dentaire à une balançoire.

Le moment de l'extraction pouvant être considéré comme le moment de « pic douloureux », il peut aussi être intéressant de faire imaginer à l'enfant une action motrice. Par exemple, pour un amateur de football, au moment d'extraire, il s'imaginerait marquer un but. [34]

3.1.5.4 Prise d'empreinte

La prise d'empreinte, certes inconfortable, est un acte simple et indolore mais très souvent appréhendé par nos patients notamment par peur du réflexe nauséux ou par peur de l'étouffement.

Elle nécessite de maintenir une ouverture buccale le temps de la prise du matériau et une immobilité afin d'obtenir un résultat satisfaisant.

La mise en catalepsie d'un bras au cours de l'induction [59] ou focaliser l'attention du patient sur sa respiration sont des méthodes efficaces lors de la prise d'empreinte. (Figure 8)



Figure 8 : Mise en catalepsie lors de la prise d'empreinte [59]

Cependant, la catalepsie ne dispense pas de respecter les bons positionnements du patient et du praticien (enfant en position assise).

Chez le plus petit, on peut adapter le vocabulaire en nommant la pâte à empreinte « pâte à modeler » par exemple.

3.1.5.5 Orthopédie dento-faciale

L'hypnose médicale peut permettre de rendre les séances d'orthodontie plus agréables pour le patient et le praticien.

Même s'il s'agit d'une discipline où la douleur est peu présente voire inexistante, et les soins moins anxiogènes, elle nécessite d'immobiliser le patient pour des séances parfois longues, comme lors de la pose du multi-attaches ou brackets.

3.1.5.6 Geste d'urgence

La consultation d'urgence a lieu le plus souvent soit après un traumatisme, soit lorsque la situation dentaire est critique et la douleur insoutenable. Dans ces conditions, l'enfant arrive souvent au cabinet dentaire stressé, choqué, en pleurs.

Une fois le patient installé et l'anamnèse réalisée, il faudra essayer avant toute chose de le rassurer.

Dans certains cas, l'état de stress d'un patient est comparable à une transe hypnotique, ce qui peut faciliter l'induction. [15]

3.1.6 Hypnose et sédation complémentaire

Pour potentialiser leur effet, les soins sous hypnose peuvent être complétés par d'autres techniques de sédation.

3.1.6.1 Hypnosédation

3.1.6.1.1 Prémédication sédatrice

La prémédication sédatrice chez l'enfant anxieux est largement utilisée afin d'induire une sédation légère. Souvent utilisée seule, par prise orale d'Hydroxyzine, permettant des actions anxiolytiques, myorelaxantes et anticonvulsives, elle peut s'avérer être un bon complément à une séance de soins sous hypnose. [1]

3.1.6.1.2 Sédation consciente par mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote

Largement utilisé lors des soins dentaires chez les patients très anxieux, le mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) peut être complété par l'hypnose. Il semblerait que l'association des deux techniques ait fait ses preuves et que la dissociation apparaisse plus rapidement.

On va, par exemple, suggérer à l'enfant d'imaginer une odeur agréable lorsque le masque est posé, puis, pendant l'inhalation du gaz, interagir avec lui de façon à amener sa pensée ailleurs. [34]

Cette méthode a été expérimentée dans le service de stomatologie de l'hôpital Robert Debré à Paris, notamment lors de soins dentaires sur des enfants anxieux et phobiques avec un taux de réussite de 95%. [14]

La combinaison des deux méthodes reste majoritairement utilisée chez les patients ayant un comportement très résistant. [4]

3.1.6.2 Distraction

La distraction de l'enfant, notamment lorsqu'il est très jeune, va user de différents moyens afin de détourner et saturer son attention. Elle va se faire par le biais de jouets, d'objets lumineux, de chansons, d'une boîte à musique ou encore de bulles de savon. [34]

Il s'agit ici plutôt d'une alternative à l'hypnose pour un enfant très jeune ou peu angoissé.

On peut par exemple permettre à l'enfant de jouer avec une peluche pédagogique, en forme de crocodile et représentant la bouche. Le praticien pourra alors montrer à l'enfant comment il regarde les dents avec le miroir ou encore enseigner la technique de brossage. (Figure 9)



Figure 9 : Distraction d'un enfant grâce à une peluche [66]

3.1.6.3 Musicothérapie

En chirurgie dentaire, la musicothérapie dite réceptive peut être utilisée. Elle consiste à faire écouter au patient des sons adaptés à l'effet recherché. Elle est, en effet, utilisée à des fins de relaxation et de réduction du stress et de l'anxiété, ainsi que pour une amélioration des capacités cognitives ou motrices. Elle peut permettre une meilleure communication avec des patients présentant un handicap ou une phobie. [33]

Comme pour l'hypnose, son utilisation sur les enfants anxieux ou non coopérants peut s'avérer être une bonne alternative aux techniques médicamenteuses.

Ainsi, l'application de la musicothérapie et celle de l'hypnose pourraient être combinées, davantage chez les patients dont le canal sensoriel privilégié est l'auditif.

3.2 Déroutement d'une séance type au cabinet

Il est difficile de décrire une séance type car chaque séance est différente. Le praticien doit en effet s'adapter au patient (anxiété, peur, âge), à sa personnalité, à ses centres d'intérêt, ainsi qu'à la situation (extraction, soins).

En revanche, le chirurgien-dentiste peut suivre un même fil conducteur adapté à la situation clinique.

De plus, le sujet abordé avec l'enfant sera de préférence le même à chaque séance, permettant une induction plus facile et rapide et inconsciemment associé à un moment non pénible voire agréable pour l'enfant.

3.2.1 Salle d'attente et accueil

Tout d'abord, un environnement agréable, calme et décoré avec soin est un atout afin que l'enfant se sente à l'aise en arrivant, tout comme un accueil chaleureux au secrétariat. [48]

De même, la ponctualité sera nécessaire, car rappelons que la capacité d'attention des enfants est assez faible et que plus un enfant angoissé attendra, plus il le sera.

Aller chercher l'enfant en salle d'attente, notamment lors du premier rendez-vous, va nous permettre d'observer son attitude et d'établir une première analyse. [18]

3.2.2 Accueil dans le cabinet

Comme évoqué précédemment, il doit y avoir une relation de confiance entre le praticien et le patient. Par ailleurs, il est important pour l'enfant de connaître toute l'équipe soignante, notamment si l'assistante travaille au fauteuil. En effet, le fait de retrouver les mêmes personnes à chaque séance le mettra davantage en confiance dès son arrivée.

De plus, certaines assistantes formées à la pratique de l'hypnose peuvent avoir un rôle primordial lors de l'accompagnement de l'enfant au cours de la séance.

Par ailleurs, l'atmosphère du cabinet doit être la moins anxiogène possible. En effet, une ambiance silencieuse, calme et apaisée, permettra au patient de se focaliser sur son expérience interne. [65]

Pour cela, il faut :

- réduire au maximum les nuisances sonores, bien que nombreuses au cabinet dentaire,
- privilégier la lumière naturelle, accompagnée d'un éclairage doux,
- du mobilier épuré qui mettra le patient en confiance,
- éviter les couleurs agressives aux murs.

S'il s'agit de la première consultation d'un enfant très anxieux et que la situation ne présente pas d'urgence, il est préférable de ne pas commencer les soins dès lors. En effet, cette première séance peut servir à montrer le matériel et à expliquer à l'enfant ce que l'on va faire, effectuer un « état des lieux » de sa bouche, faire une séance de motivation à l'hygiène bucco-dentaire ou encore revoir les habitudes alimentaires. Encore une fois, cela va permettre de dédramatiser la situation et de permettre à l'enfant de se sentir à l'aise dans cet environnement anxiogène.

Chez le plus petit notamment, il ne faut pas hésiter à le laisser découvrir par lui-même le cabinet, regarder voire même toucher les instruments. Cela peut nous mettre sur la piste d'un enfant plutôt kinesthésique par exemple.

Cette première rencontre va également faire office d'entretien préalable à une séance d'hypnose, c'est-à-dire que le praticien va questionner l'enfant et ses parents sur ces centres d'intérêt, ses goûts et distractions mais aussi ses peurs et aversions, afin d'anticiper le script à suivre pour l'induction à venir. Il faudra également être attentif aux gestes et actes de l'enfant afin de déterminer quel canal sensoriel sera à privilégier.

De plus, il faut chercher à savoir ce qui effraie l'enfant dans le soin, afin de privilégier les métaphores sur ce point négatif.

3.2.3 Installation au fauteuil

En fonction de l'âge, on laisse l'enfant monter ou pas seul sur le fauteuil :

- pour les tout-petits, la technique du genoux à genoux,
- pour les enfants de 1 an et demi à 2 ans, l'enfant peut être pris sur les parents,
- entre 2 et 3 ans, on l'emmène faire un « *tour de manège* » en utilisant les commandes du fauteuil,
- entre 3 et 6 ans, on peut déjà à ce moment commencer les suggestions : « *Est-ce que tu penses que tu vas réussir à monter seul(e) sur le fauteuil ? ou bien tu préfères que l'on t'aide à grimper ?* », si l'on a déjà vu l'enfant et que l'on connaît ses préférences, on peut utiliser un langage métaphorique pour parler du fauteuil tel que « *Tu peux monter à bord du vaisseau spatial* », « *Tu peux t'asseoir sur le tapis volant* ».

3.2.4 Anamnèse et examens endo-buccal et exo-buccal

Dans un premier temps, il faut savoir quel est le motif de consultation : contrôle, soins, avulsion, urgence.

Puis, il faut comprendre ce qui effraie et angoisse l'enfant dans le cabinet (bruits, instruments, environnement nouveau ou ouï-dire) afin d'expliquer au mieux et d'adapter la prise en charge.

Enfin, comme vu précédemment, s'intéresser au patient est nécessaire afin d'utiliser des métaphores adéquates.

Au niveau de l'interrogatoire, le praticien doit chercher à savoir si le patient présente une douleur, et le cas échéant, la situer et l'évaluer au mieux (voir paragraphe 3.1.3).

Ensuite, si l'enfant le souhaite, le chirurgien-dentiste peut expliquer et montrer au jeune patient les différents instruments et leur fonctionnement, le tout en utilisant du vocabulaire ou des métaphores adaptées.

Par exemple : « *Compteur de dents* » ou « *Dora l'exploratrice* » pour la sonde, « *Miroir magique* » pour le miroir, « *Brosse à dents électrique* » pour les instruments rotatifs, « *Le pistolet à eau et le vent* » pour le spray air/eau, « *L'appareil photo* » pour le tube radio, « *Sabre laser* » ou « *Baguette magique* » pour la lampe à photopolymériser.

Chez les plus petits qui viennent avec leur doudou, on peut également effectuer un examen dentaire sur ce dernier.

Une fois l'examen exo-buccal réalisé, faire ouvrir la bouche à l'enfant peut s'avérer compliqué. Encore une fois, il faut utiliser des métaphores : « *Tu vas me faire une grande bouche de crocodile* », « *Dis-moi jusqu'à combien sais-tu compter ? Tu veux m'aider à compter tes dents ?* »

Ensuite, on peut mettre en place le choix illusoire (voir paragraphe 2.2.3.1.2.4) quant à la suite des soins : « *Il y a quatre dents à réparer et une à donner à la petite souris, est-ce que tu préfères que l'on commence par celles en haut à gauche ou en bas à droite ? Ou bien plutôt celle de la dent de devant ?* ».

Enfin, le praticien peut effectuer une « programmation », c'est-à-dire qu'il va vaguement expliquer à l'enfant ce qu'il sera fait la prochaine fois, et déjà lui dire que l'on va « *l'emmener ailleurs* » à partir de ses centres d'intérêts : « *La prochaine fois que tu viendras, on s'envolera comme Spider-Man* » et terminer sur une note encourageante et positive sur son comportement. [49]

3.2.5 La communication

Comme déjà vu précédemment, la communication en hypnose, qu'elle soit verbale ou non verbale, est essentielle. (Tableau 4)

Elle va permettre, en premier lieu, de créer cette relation de confiance, entre le patient et le praticien, ce qui va permettre à l'enfant de facilement lâcher prise.

Ensuite, l'accompagnement s'effectuera grâce aux informations concernant les goûts et activités de l'enfant.

Accompagner l'enfant durant toute la durée du soin est primordial, il faut en effet garder le contact verbal et adapter la voix en fonction de l'acte effectué. [52]

Chez l'enfant notamment, c'est principalement l'hypnose conversationnelle qui sera privilégiée grâce à l'emploi de métaphores et de suggestions le plus souvent indirectes. Il est aussi conseillé d'utiliser les truismes et le saupoudrage de termes évoquant la relaxation.

Un renforcement positif, c'est-à-dire l'emploi de termes valorisant le comportement de l'enfant, peut être ajouté.

La communication entre tous les protagonistes, à savoir, enfant, parents, praticien et équipe soignante, est essentielle au bon déroulement de la séance. [4]

Tableau 4 : Rappel des différents éléments de communication entre le praticien et l'enfant [13]

Communication verbale	Communication non verbale
Appeler l'enfant par son prénom	Prendre l'enfant par la main
Un ton monotone et une voix douce et apaisante	Echanger des regards et ne pas perdre le contact visuel et physique avec l'enfant
Des paroles appropriées à l'âge de l'enfant (chanson pour les tout-petits, histoire pour les plus grands...)	Avoir des gestes attentionnés (toucher la main, la joue, l'épaule), toujours lents et non précipités
Eviter tout terme agressif (mal, piqûre...)	Créer une ambiance apaisante et rassurante (cabinet lumineux, jouer sur les couleurs, dessins d'enfants ou autres jeux...)

3.2.6 Rôle d'un tiers

Parfois, il est possible d'avoir une personne qui accompagne l'enfant en plus du praticien (soignant ou parent) au cours de la séance. Mais cette technique, qui a tendance à favoriser la relation avec la tierce personne, a ses limites et peut s'avérer être excluante. [34]

3.2.6.1 Rôle de l'assistant(e)

Par ailleurs, lors d'un travail à quatre mains au fauteuil, et, pour un enfant qui ne fermerait pas les yeux par exemple, il peut être intéressant d'intégrer l'assistante à l'histoire racontée et de lui donner un rôle.

Egalement, si celle-ci est formée aux techniques d'hypnose, il est possible de travailler « à deux voix ». En effet, si le praticien et son assistante ont l'habitude de faire des inductions ensemble, il est tout à fait possible d'être deux à faire les suggestions, dans la mesure où cela reste cohérent et en adéquation avec le discours de l'autre. [34]

3.2.6.2 Rôle des parents

L'hypnose étant une technique qui sera souvent inconnue des parents ou de l'accompagnant, le praticien pourra, s'il le souhaite, les intégrer à l'histoire, à conditions que ceux-ci restent passifs. [34]

Mais cela peut être risqué. En effet, s'ils tentent de réagir ou d'intervenir, l'attention de l'enfant risque d'être détournée et la séance peut se solder par un échec.

Parfois même, lors de la première séance sous hypnose, certains praticiens préfèrent ne pas utiliser ce terme, mais plutôt évoquer « *une technique de relaxation* ». Ce n'est qu'à la fin de la séance, lorsque celle-ci aura fait ses preuves, que le terme « hypnose » sera évoqué et expliqué à l'enfant et à ses parents. [4]

3.2.7 Exemples de mises en situation

Cette dernière partie est consacrée à la création de scripts pour différents soins et âge des patients. Leur réalisation nécessite d'être créatif, et de bien connaître les techniques de communication hypnotique. Plus le praticien s'entraîne à l'écriture et à l'application de scripts, plus cela deviendra simple à mettre en place, comme un automatisme. [34]

Avec l'expérience, il sera davantage facile de les adapter à un enfant dans un certain contexte. De plus, un même script sera adapté selon les canaux sensoriels à privilégier.

Ces mises en situation sont principalement basées sur l'application de l'hypnose conversationnelle, qui est la plus fréquemment utilisée en chirurgie dentaire.

3.2.7.1 Chez l'enfant de 2 à 4 ans

Comme dit précédemment, entre 2 et 4 ans, l'usage de l'hypnose est compliqué et s'apparente plutôt à de la distraction.

On va chercher à dissocier et à saturer l'attention de l'enfant en sollicitant tous ses sens.

Le praticien peut caresser la joue de l'enfant pour le rassurer. Il peut également détourner son attention avec un stylo lumineux clignotant, à plumes ou décoré, pour

le visuel et le kinesthésique, ou encore mettre une chanson enfantine en fond sonore.

Il est possible, vers 4 ans, de commencer à raconter des histoires, à utiliser des marionnettes ou le doudou de l'enfant.

3.2.7.2 Chez l'enfant de 4 à 6 ans

Exemple 1

Exemple d'un petit garçon de 6 ans, venant pour un soin conservateur sans anesthésie. Lors de la première consultation, il a décrit adorer les pompiers.

« Alors tu es allé visiter la caserne des pompiers avec l'école ? Tu étais content ? »

« Ils t'ont même fait monter dans le camion ! Tu en as de la chance ! »

« Est-ce que tu es d'accord pour monter dans mon camion à moi ? Tu as vu, le siège est rouge, et il fait de la lumière et du bruit, presque comme le camion des pompiers. »

« En plus il monte et descend tout seul, quasiment aussi haut que l'échelle des pompiers, tu veux essayer ? »

L'enfant s'installe sur le fauteuil et on lui montre les commandes du fauteuil.

« Maintenant, tu vas imaginer que c'est toi le pompier, et qu'il faut que tu ailles éteindre un feu. Tu vas t'installer dans le camion, puis tu te mettras à conduire, à ton rythme. »

« Je crois que tu voudrais être pompier quand tu seras grand, c'est bien ça ? »

Réponse : *« Oui. »*

« Très bien, alors, dis-moi c'est bien avec de l'eau que l'on éteint le feu ? »

Réponse : *« Oui. »*

« Et le gyrophare, il clignote bien bleu ? »

Réponse : *« Oui »* ici les truismes ont été utilisés pour l'induction.

« Maintenant, je vais compter jusqu'à trois, et tu pourras, si tu veux, à ce moment-là ou plus tard, fermer les yeux, et le camion va partir. Est-ce que tu préfères mettre ton casque maintenant ou après ? C'est toi qui vois, je te laisse choisir. »

Le praticien va commencer le curetage carieux.

« Tu vas commencer à éteindre le feu à un endroit. Tu vas dérouler la lance à incendie, et peut-être vas-tu sentir l'eau qui vient éteindre ce feu. C'est bien, tu fais du bon travail. »

« Maintenant, tu vas changer le camion de place pour pouvoir être plus proche du feu. Si tu veux bien, tu vas remonter dans le camion de pompier. Peut-être que tu peux le sentir, ou pas, mais la route est cabossée et il y a quelques secousses. Mais je vois que tu conduis très bien, et que tout se passe pour le mieux. »

« Et là, encore une fois, tu vas éteindre ce feu, tu vas sûrement sentir à nouveau l'eau, peut-être même que tu es un peu éclaboussé, mais tout se passe très bien. »

« Il va falloir réparer cela maintenant, si tu veux bien » pendant l'obturation de la dent. *« On va remettre en route la sirène, peut-être l'entends-tu sonner, et le gyrophare, »* avec la lampe à photopolymériser.

« Bien, maintenant que le feu est éteint et que les dégâts sont réparés, tu vas pouvoir revenir avec nous, faire le chemin inverse, et retourner ici. »

Exemple 2

Application à une petite fille de 5 ans, dont le dessin animé préféré est la Reine des Neiges. Elle consulte pour l'avulsion d'une dent temporaire.

Il serait possible dans un premier temps de mettre les chansons du dessin animé en fond musical afin que la patiente se focalise dessus.

« Tu peux venir t'installer sur le fauteuil, tu as vu, il ressemble au trône de la Reine de Neiges. »

« Assieds-toi bien confortablement, tu peux poser tes bras sur les accoudoirs si tu veux, comme ça, c'est très bien. »

« Quel est ton personnage préféré dans le dessin animé ? Elsa ou Anna ?

« Il a l'air de faire vraiment froid là-bas tu ne trouves pas ? »

« Maintenant, je te propose de faire comme si tu partais en voyage, là-bas, dans le Royaume de la Reine des Neiges, à Arendalle c'est bien ça ? »

« C'est très bien, tu peux même fermer les yeux si tu veux, ou pas, c'est comme tu préfères. »

« Peut-être que tu peux déjà apercevoir la neige ou bien son grand château. »

Anesthésie de contact : *« Maintenant, tu vas sentir comme une petite boule de neige, très froide, qui roule, juste à côté de ta dent. »*

« Tu vas sentir, avec ce froid, comme un engourdissement. »

Puis injection de l'anesthésique : *« Et puis, là, tu sens que l'on continue de faire rouler cette boule de neige, tout doucement, peut-être que tu peux même sentir qu'elle grossit, elle est de plus en plus grande, et hop, nous avons le corps d'Olaf qui est là ! »*

« Peut-être même que tu entends la chanson Je voudrais un bonhomme de neige dans ta tête. »

Début de la syndesmotomie : *« Il ne nous reste plus qu'à lui dessiner des yeux, puis une bouche, on peut, si tu veux, lui faire des bras, des cheveux, je te laisse l'imaginer, et bien sûr, il ne faut pas oublier son nez en carotte. »*

Moment de l'avulsion : *« Ça y est, il prend forme, il commence à bouger, à danser, à sauter partout. »*

« C'est très bien, tu fais du bon travail. »

Mise en place de la compresse et retour : *« Maintenant, tu vas serrer les dents, tranquillement, et puis, tu vas quitter ce monde enneigé, tu vas pouvoir sentir à nouveau la chaleur dans la pièce, et tout doucement revenir avec nous, ici. »*

3.2.7.3 Chez l'enfant de 7 à 11 ans

Exemple 1

Prenons l'exemple d'une petite fille qui a eu 8 ans la veille, venue pour l'extraction de dents temporaires dans le cadre d'un traitement orthodontique. Elle aime jouer à la maîtresse et écrire sur son tableau. L'induction sera effectuée par la confusion.

« Je te propose de t'installer sur le fauteuil magique, si tu veux, tu peux claquer dans tes mains pour le faire monter ou descendre. »

Elle réagit et le praticien peut monter le fauteuil.

« Je vois que c'était ton anniversaire hier ? » « Quel âge as-tu maintenant ? »

Elle répond *« Huit ans. »*

Début de la confusion : *« Si c'était hier, c'est très récent, c'est tout neuf alors. »*

Réponse de l'enfant : *« Oui. »*

« Mais si c'est tout neuf, tu as 8 ou 9 ans ? »

Enfant : *« 8 ans. »*

« Tu crois que l'on peut dire que c'est tout huit ou plutôt que c'est tout neuf que tu aies eu 8 ans ? »

Réponse : « C'est tout neuf. »

« C'est compliqué tous ces chiffres, tu sais bien compter toi ? »

« Mais as-tu déjà compté tes dents ? » « Non ? Tu veux bien m'aider à les compter aujourd'hui ? »

« En plus si tu aimes jouer à la maîtresse, tu dois bien savoir compter. Combien as-tu d'élèves quand tu y joues ? Huit ou neuf ? »

« Tu te souviens, la dernière fois on a dit que l'on devait faire venir la petite souris qui ramasse les dents pour les mettre dans des coffres magiques, tu veux bien que je te raconte son histoire ? »

« Je vais d'abord te proposer de prendre mon ardoise magique, puis la craie magique, quelle couleur de craie veux-tu ? Rose, bleu ou violet ? »

A ce moment, mise en catalepsie du bras.

« Maintenant, je vais compter jusqu'à trois, et peut-être que si tu fermes les yeux, tu les verras mieux. »

« Est-ce que tu veux plutôt faire un dessin ou bien écrire ? »

« Tu peux peut-être essayer de dessiner la petite souris, tu crois qu'elle est verte comme dans la comptine ? »

« Tu peux lui faire des petites oreilles, mais des grandes pattes car elle ramasse plein de dents ! »

« Est-ce que tu veux qu'on lui donne un prénom ? » « Ramasse-tout ou Miss-aux-dents ? »

« Maintenant, tu vas lui dessiner une baguette magique dans la patte, et grâce à cette baguette magique, ta bouche va être toute engourdie » pendant ce temps, le praticien la guide pour qu'elle ouvre la bouche.

« Lorsque c'est bon, tu hoches la tête et tu peux continuer à dessiner. »

Les extractions peuvent alors commencer, tout en continuant de parler « Avec toutes les dents qu'elle doit porter, elle doit être fatiguée. Tu peux lui dessiner un morceau de fromage à manger pour qu'elle reprenne des forces ? »

Une fois l'avulsion faite, le praticien peut effectuer le retour.

« Maintenant, je t'invite à dessiner la petite trappe de la souris afin qu'elle rentre chez elle se reposer. »

Pendant ce temps, les dents sont mises dans un petit coffre, et une compresse placée en bouche.

« Tu peux lâcher l'ardoise et la craie, et laisser ta main ouverte. »

Le praticien place le coffre à dents dans sa main et la referme.

« Maintenant que la souris est partie, tu vas bien serrer les dents, je vais compter jusqu'à trois, et tu pourras ouvrir les yeux. »

« Tu peux ouvrir le coffre et compter combien de dents la souris a ramassé ? Et voilà, tu peux frapper dans les mains pour redescendre. »

Script inspiré d'une source [43]

Exemple 2

Exemple d'un enfant de 11 ans arrivant en urgence avec des douleurs type pulpites : cas de l'anesthésie.

Dans un premier temps, il faut prendre en compte la douleur intense de l'enfant, la reconnaître, puis l'évaluer grâce à une échelle.

« Je vois bien que tu as très mal », « C'est normal que tu pleures, ne t'inquiète pas. »

Installation au fauteuil : *« Tu peux venir t'asseoir, on va regarder ce qui te fait souffrir et essayer de calmer tout ça, tu veux bien que l'on regarde la dent qui te gêne ? Assieds-toi bien confortablement. »*

Ensuite, on peut utiliser la réification afin que l'enfant mette une image sur sa douleur : *« Dis-moi, si tu devais donner une couleur à cette douleur, ça serait laquelle ? »*

« Rouge. »

« Rouge foncé ? Comme du sang ? »

Réponse : *« Oui. »*

« Et tu as l'impression qu'il fait chaud ou froid sur cette dent ? »

« Chaud. »

Dans un premier temps, afin de diminuer la sensation douloureuse, l'anesthésie en gant sera utilisée afin de créer une hypnoalgésie.

« Maintenant que tu es bien assis, tu vas te concentrer sur ta main, regarde bien tes doigts qui bougent, tes ongles, la couleur de ta peau, ou bien tu fixes un endroit précis, c'est très bien, continue de fixer ta main. »

« A présent, tu vas enfiler un gant sur ta main, ce gant est protecteur. Tu peux choisir la couleur et la matière de ce gant si tu veux. Cela peut être un gant de boxe, ou bien un épais gant de ski, c'est toi qui décides. »

« Très bien, enfile-le tout doucement, doigt par doigt, ce gant est très épais afin de protéger cette main au mieux, bientôt tu vas sentir ta main s'engourdir, ou ne plus la sentir du tout comme si elle était endormie. Une fois que tu ressens bien cet engourdissement, tu peux me faire un signe. »

Notons que le passage de « Ta » main à « La » main permet de renforcer la dissociation et de dépersonnaliser l'attention. [34]

Le praticien va déporter la main vers la dent douloureuse afin de mettre en place l'hypnoanalgésie. Dans le cas présent, lors de la réification, l'enfant a associé sa douleur à la chaleur. Cela va être utilisé afin de renforcer l'analgésie.

« Si tu as envie, tu peux fermer les yeux à tout moment, ou pas, c'est toi qui choisit. Maintenant que tu as mis ce gant très épais aux couches multiples, qui tient la main au chaud, et que tu ne sens plus cette main, je vais t'aider à l'amener jusqu'à ta mâchoire, et puis à ce moment-là, tu vas retirer une première couche, puis une deuxième, jusqu'à ce que cette sensation de chaleur diminue. »

« Reste bien concentré sur ce gant, il est très efficace, et fait bien son travail. »

Une fois l'anesthésie en gant réussie, on vérifie que la douleur dentaire est bien diminuée et dans cette situation, on va pouvoir procéder à l'anesthésie locale avant le soin.

« As-tu déjà vu le dessin animé Là-Haut ? » On va faire exactement comme ce Monsieur, qui s'envole à bord de sa maison, avec le petit garçon. »

« On commence notre première ascension » lorsque le fauteuil passe en position haute.

Anesthésie de contact : « On va prendre un tout petit ballon que l'on va poser à côté de ta dent. »

« Et puis, là, si tu es d'accord, on va faire gonfler le ballon afin de s'envoler le plus haut possible, tu es prêt ? De quelle couleur veux-tu que le ballon soit ? »

A ce moment, l'injection peut être effectuée.

« Peut-être que tu peux sentir à quel point ce ballon bleu est gonflé » « C'est parti, ça y est, tu t'envoles, très haut. Est-ce que tu as envie d'aller quelque part en particulier ? Peut-être veux-tu voir la mer, ou la montagne, ou juste voler c'est comme tu préfères. »

Le curetage peut commencer : « *As-tu déjà pris l'avion ?* », « *Tu sais que, parfois, dans le ciel, il y a des turbulences, tu vas voir, peut-être que tu sentiras des vibrations* », « *Ah, attention là il va y avoir un peu de pluie et de vent* » lors du rinçage et du séchage.

Une fois le soin terminé, le praticien peut procéder au retour : « *Maintenant que tu as bien voyagé, tu vas pouvoir revenir parmi nous, je te laisse redescendre tout doucement, tu vas toucher le sol, tu sens que tu es assis, ici, sur ce fauteuil et à 3 tu ouvriras les yeux. Un, deux, trois.* »

3.2.7.4 Chez l'enfant de 12 ans et plus

Exemple 1

Prenons l'exemple d'un garçon anxieux de 13 ans venu pour un soin conservateur sur une molaire, ne nécessitant pas d'anesthésie. Lors de sa première venue au cabinet, il portait un maillot de football. L'interrogatoire s'est donc naturellement porté sur ce sport : « *Quelle équipe supportes-tu ?* » « *Qui est ton joueur préféré ?* » « *Et toi est-ce que tu joues en club ou avec tes copains ?* ».

L'induction et la communication se feront donc grâce à des images footballistiques.

Arrivée du patient : « *Alors tu as regardé le match de Barcelone ce weekend ?* » « *Ils ont mis des beaux buts n'est-ce-pas ?* » « *Et toi as-tu joué récemment ?* »

Installation au fauteuil : « *Tu peux venir t'asseoir tranquillement sur le banc de touche avant que l'on commence le match.* »

A ce moment, le praticien prend le bras gauche de l'enfant, et le positionne en catalepsie sur l'accoudoir. « *Je te propose de te concentrer sur ton bras, et si tu as besoin, si tu ressens quelque chose, je verrai mieux ta main bouger.* »

Puis, pendant que le fauteuil monte : « *Je t'invite à fermer les yeux, si tu as envie, on va prendre l'avion pour aller au stade de ton équipe préférée, à Barcelone. Tous les joueurs sont déjà en place, peut-être que tu les vois déjà, ou peut-être que tu peux entendre les cris des supporters qui t'encouragent. Tu penses que Messi va marquer ?* »

Une fois l'induction réalisée, le chirurgien-dentiste va utiliser des métaphores durant le soin.

« *Tu vas, doucement, faire une ouverture du jeu* » en indiquant au patient de d'ouvrir la bouche.

« *Tu restes bien concentré sur le match, tu gardes le contrôle de la balle, tu te rapproches progressivement du but, tu cours, c'est très bien, tu continues de courir, tu sens les rebonds de la balle sur la pelouse* » pendant le curetage.

« *Maintenant, tu fais une petite pause, tu vas boire un peu d'eau dans ta gourde. Peut-être que tu peux sentir l'eau dans ta bouche.* »

« *La première mi-temps s'est bien passée ?* » - Le patient répond « *Oui* ».

« *Maintenant, pendant que tu vas au vestiaire, on va regarder à quel point la pelouse est belle et bien verte* » lors de la pose de digue.

Au moment de l'obturation de la cavité : « *Et puis, les deux équipes reviennent sur le terrain, tu es en possession de la balle, tu te diriges vers le but adverse, tu es dans la surface de réparation et hop, voilà que tu marques un but.* »

« *Ton équipe a gagné, les lumières du stade s'éclairent, les spectateurs applaudissent* » pendant la photopolymérisation.

Le praticien dépose la digue, « *Ça y est, le match est terminé, ton équipe et toi avez gagné, on va maintenant arroser la pelouse pour ne pas qu'elle s'abîme, il fait très chaud en Espagne* » en analogie au polissage de la restauration sous irrigation.

« *Maintenant, tu vas regagner le vestiaire, prendre la douche qui réveille, tu vas doucement compter le nombre de buts que tu as marqué, puis tu pourras ouvrir les yeux, et revenir ici avec nous.* »

Script inspiré d'une source [15]

Exemple 2

A cette période de l'adolescence, il est parfois compliqué de communiquer avec certains patients et il est donc difficile d'en savoir plus sur leurs centres d'intérêt.

Afin d'aider au démarrage de l'induction chez un patient réservé, on va proposer différentes images ou photos imprimées au patient : différentes cartes postales avec différents paysages, des affiches de films ou différentes photos de sport.

Ici, l'exemple pris sera celui d'une jeune fille de 12 ans, très anxieuse, venue pour un simple bilan bucco-dentaire pendant lequel un détartrage sera réalisé.

Parmi les différentes images proposées, son attention s'est portée sur la photo d'une plage, c'est donc ce thème qui servira de trame.

« Je te propose de venir t'installer bien confortablement sur le fauteuil. »

« Quand tu regardes cette photo de plage, bien fixement, qu'est-ce qui attire le plus ton regard ? Préfères-tu regarder les vagues, le sable, les bateaux au loin ? » Ici, l'induction est d'abord visuelle.

Réponse : *« Les vagues. »*

« Très bien, alors je te propose, si tu le souhaites, de t'imaginer allongée sur ton matelas gonflable, tranquillement sur l'eau ou bien d'être allongée sur le sable à regarder les vagues, c'est toi qui choisis. »

Réponse : *« Être sur l'eau. »*

Le fauteuil passe en position allongée.

« Maintenant, si tu veux, tu peux ne plus regarder la photo ou bien continuer à la regarder, c'est comme tu veux, et, si tu préfères, tu peux tout doucement fermer les yeux, lorsque tu en auras envie. »

A ce moment, le soin va pouvoir commencer.

« Le soleil est bien là, peut-être sens-tu déjà sa chaleur, ou peut-être qu'il t'éblouit » alors que le praticien oriente le scialytique.

« Désormais, tu vas probablement sentir un léger vent » lors de la mise en place de l'aspiration, *« Puis, peut-être que tu peux t'apercevoir qu'il y a un peu plus de courant sur l'eau, que ça tangue un peu plus, tu reçois un peu d'eau sur toi, mais surtout, tu entends le bruit relaxant des vagues qui roulent, tu es bien paisible sur cette plage. »*

Enfin, le soin terminé : *« Maintenant, je t'invite à sortir de l'eau, à rejoindre la plage, le sable, à retrouver tes appuis et revenir ici, dans le cabinet. »*

L'image ou la photo choisie peut être laissée au patient, ainsi, elle pourra servir comme suggestion post-hypnotique ou lieu de sécurité : il lui suffira de regarder cette image pour se sentir apaisé.

Conclusion

L'utilisation de l'hypnose en chirurgie dentaire a été expérimentée et a fait ses preuves dès le XIX^{ème} siècle. L'apparition des méthodes d'anesthésie chimique l'a occultée.

Cependant, depuis quelques dizaines d'années, on assiste à l'essor des médecines dites « douces » et méthodes de relaxation.

L'utilisation de l'hypnose s'est largement développée en médecine (arrêt tabagique, gestion des phobies, ou encore en chirurgie, comme récemment, au CHRU de Lille où un patient de cardiologie a bénéficié d'hypnose en complément d'une anesthésie locale) et les études par imagerie cérébrale ont montré un réel effet de l'état hypnotique sur le cerveau. [54]

Son champ d'application est donc très varié et son utilisation va probablement tendre à se démocratiser.

Concernant son utilisation en chirurgie dentaire, l'hypnose permet d'aborder plus sereinement les soins chez les patients angoissés, anxieux, et algiques en modifiant leur état de conscience ou en les aidant à mieux appréhender leurs maux, en parallèle ou en complément aux techniques sédatives pharmaceutiques. Elle permet également de réduire les douleurs post-opératoires ou encore de contrôler les parafonctions.

Chez l'enfant dont l'imaginaire est facilement stimulé, elle est d'autant plus simple à mettre en application. Elle nécessite par ailleurs de maîtriser les étapes à suivre pour induire l'état hypnotique, mais également les différents stades de développement intellectuel et cognitif de l'enfant afin d'adapter au mieux la méthode. De plus, elle demande au chirurgien-dentiste de faire appel à son esprit créatif et de retrouver son âme d'enfant.

Par ailleurs, elle présente quelques limites, et notamment celle d'être obligatoirement face à un patient suffisamment âgé, c'est-à-dire de plus de 3 ans, coopérant et volontaire. Elle peut également avoir tendance à effrayer les patients ou les parents, qui peuvent ignorer l'existence de l'hypnose médicale ou qui y associent une image « spectaculaire » véhiculée par les médias.

L'utilisation de l'hypnose nécessite des connaissances théoriques et pratiques, ainsi que de l'entraînement, afin d'optimiser au mieux son application sur les patients.

Une formation spécifique pour le praticien et son équipe soignante, ainsi qu'une pratique régulière sont nécessaires.

Enfin, ces derniers peuvent mettre à profit ces connaissances en pratiquant l'autohypnose, qui permettrait de diminuer le stress lié au travail, favoriserait le bien-être personnel et réduirait le risque de burn-out professionnel. [20]

Références bibliographiques

1. Agachi A. A propos du contrôle de l'anxiété en odontologie. *Chir Dent Fr.* 26 oct 2017;(1772):43-6.
2. Al-Harasi S, Ashley PF, Moles DR, Parekh S, Walters V. Hypnosis for children undergoing dental treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 4 août 2010;(8):17-8.
3. Barbier E. Hypnoalgésie : Définition et Contexte [Internet]. [consulté le 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/E%20BARBIER1.pdf>
4. Benhaïem J-M. L'hypnose aujourd'hui. Paris: In press; 2012. 289 p.
5. Berthet A. Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant. Paris: Quintessence International; 2007. 125 p.
6. Bioy A, Célestin-Lhopiteau I, Wood C, Michaux D. Hypnose : aide-mémoire. Paris : Dunod, DL 2016, cop. 2016.; 2016. 368 p.
7. Bioy A, Servillat T. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Malakoff: Dunod; 2017. 288 p.
8. Birnie KA, Noel M, Chambers CT, Uman LS, Parker JA. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 4 oct 2018;10:CD005179.
9. Bodenreider S, Charron B. Hypnose et pédiatrie [Internet]. [consulté le 23 oct 2018]. Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Hypnose_et_pediatrie.pdf
10. Brisebois S. Clinique dentaire pédiatrique de Salaberry [Internet]. Clinique Dentaire Pédiatrique Montréal. [consulté le 15 oct 2018]. Disponible sur: <https://cdpds.ca/fr/premiere-visite-chez-le-dentiste/>
11. Célestin-Lhopiteau I, Bioy A. Hypnoalgésie et hypnosédation en 43 notions. Paris: Dunod; 2015. 328 p.
12. Cohen S, Megglé D, Prieur N, Dubos B, Gaillard J-P. Hypnose et thérapies brèves. Avon: Metawalk; 2017. 129 p.
13. Courson F, Landru M-M. Odontologie pédiatrique au quotidien. 2e édition. Rueil-Malmaison: Éditions CdP; 2005. 171 p.
14. de San Fulgencio J., Roy V., Maudier C., Wood C. TO14 - Soins dentaires sous sédation consciente au mélange oxygène – Protoxyde d'azote (MEOPA) à l'hôpital Robert Debré. *Douleurs Eval - Diagn - Trait.* 1 nov 2004;5(Suppl 1):17.
15. Delcombel B. Hypnose, es-tu là ? *Fil Dent.* janv 2014;(89):20-4.

16. Deroullers M. Le langage en odontologie pédiatrique : et si c'était déjà de l'hypnose ? [Thèse d'exercice]. Université du droit et de la santé de Lille 2; 2015.
17. Erickson MH, Malarewicz J-A, Fleiss J. L'hypnose thérapeutique : quatre conférences. 4e édition. Issy-les-Moulineaux: ESF éditeur; 2008. 204 p.
18. Garnier M, Dajeau-Trutaud S. Approche de l'enfant au cabinet dentaire : rôles du non-verbal et du verbal [Thèse d'exercice]. Université de Nantes; 2005.
19. Gatbois E, Annequin D. Prise en charge de la douleur chez l'enfant d'un mois à 15 ans. *J Pédiatrie Puériculture*. 1 févr 2008;21(1):20-36.
20. Ghevert M, Delfosse C. Représentation de l'hypnose chez les patients consultant le service d'odontologie du CHRU de Lille [Thèse d'exercice]. Université du droit et de la santé de Lille 2; 2017.
21. Girdler NM, Hill CM, Wilson KE. Clinical sedation in dentistry. Chichester (U.K.): Wiley-Blackwell; 2009. 176 p.
22. Godin J. La nouvelle hypnose: vocabulaire, principes et méthode: introduction à l'hypnothérapie éricksonienne. Paris: A. Michel; 1992. 457 p.
23. Halfon Y, Parodi C, Kaiser K. Le dentiste, l'hypnose, le patient. *Fil Dent*. janv 2014;(89):26-8.
24. Hescot DP, Moutarde DA. Rapport de la mission Handicap et Santé bucco-dentaire. Améliorer l'accès à la santé bucco-dentaire des personnes handicapées. 2010;61.
25. Hicks CL, von Baeyer CL, Spafford PA, van Korlaar I, Goodenough B. The Faces Pain Scale-Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*. août 2001;93(2):173-83.
26. Huet A. Evaluation de l'influence de l'hypnose sur l'anxiété de l'enfant au cours d'un acte de chirurgie dentaire avec anesthésie locale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2006.
27. Huet A, Lucas-Polomeni M-M, Robert J-C, Sixou J-L, Wodey E. Hypnosis and Dental Anesthesia in Children: A Prospective Controlled Study. *Int J Clin Exp Hypn*. 1 oct 2011;59(4):424-40.
28. [iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org). IASP Terminology : Pain Terms [Internet]. [consulté le 19 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>
29. Johar SQ. A case of sleep bruxism treated through behavioural change using hypnosis. *Med J Dr Patil Univ*. 2012;5(2):154-7.
30. Jugé C, Tubert-Jeannin S. Effets de l'hypnose lors des soins dentaires. *Presse Médicale*. 1 avr 2013;42(4, Part 1):e114-24.
31. Labastie D. Utilisation de l'hypnoalgésie en odontologie: Etude d'un cas [Internet].

- [consulté le 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.hypnose.fr/wp-content/uploads/2014/01/hypnoanalgesie-en-odontologie-dominique-labastie.pdf>
32. Larousse É. Définitions : hypnose - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [consulté le 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/hypnose/41134>
 33. Lebon A, Trentesaux T. Musicothérapie et utilisation de la musique au cabinet dentaire : approche pratique et séances types [Thèse d'exercice]. Université de Lille - Droit et Santé; 2018.
 34. Lombart B, Guiot C, Maunoury N, Annequin D, Bioy A, Fiat É. Manuel pratique d'hypnoalgésie pour les soins en pédiatrie. Paris: Association Sparadrap; 2015. 98 p.
 35. magazin.epjt.fr. Quand la médecine s'empare de l'hypnose | Magazine [Internet]. [consulté le 22 août 2018]. Disponible sur: <http://magazin.epjt.fr/longform/quand-la-medecine-sempare-de-lhypnose>
 36. Michaux D. Hypnose, langage et communication. Paris: Editions Imago; 1998. 323 p.
 37. Moreni A, Barber A. Origines et histoire de l'hypnose. *Kinésithérapie Rev.* 1 juin 2015;15(162):14-9.
 38. Muller-Bolla M, Sixou J-L. Fiches pratiques d'odontologie pédiatrique. Rueil-Malmaison: Éditions CdP; 2014. 347 p.
 39. Myers DG, Ahée P, Born H, Nicolas A. *Psychologie*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 2004. 181 p.
 40. Nancy J, Quintard B, Boyer A, Darrieu M, Fawzi R. Coping et odontologie pédiatrique : construction d'un questionnaire français. *Prat Psychol.* 1 déc 2009;15(4):435-55.
 41. Olness K, Duke G, Gardner GG. *Hypnosis and hypnotherapy with children*. 2nd ed. Philadelphia: Grune & Stratton; 1988. 431 p.
 42. Olness K, Kohen DP. *Hypnosis and hypnotherapy with children*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 1996. 457 p.
 43. Parodi C, Dauriac M-C. L'hypnose appliquée en odontologie. *Rev Francoph Odontol Pédiatrique.* 2010;5(1):7.
 44. pediadol.org. EVA (Échelle Visuelle Analogique) [Internet]. [consulté le 28 oct 2018]. Disponible sur: <http://pediadol.org/Echelle-Visuelle-Analogique-EVA.html>
 45. pediadol.org. Poker chips (Échelle des jetons) [Internet]. [consulté le 28 oct 2018]. Disponible sur: <http://pediadol.org/Echelle-des-jetons-Poker-chips.html>
 46. Peimani A, Irannezhad M, Ahmadi Moghadam A. Comparing the Effect of Hypnosis and Local Anesthesia Injection on Induction of Local Anesthesia, Anxiety, Hemorrhage and Pain Control during Tooth Extraction. *J Res Med Dent Sci.* 2017;5(4):44-9.

47. Philippart F, Roche Y. Sédation par inhalation de MEOPA en chirurgie dentaire. Paris: Quintessence International; 2013. 151 p.
48. Prieur J. Pourquoi et comment introduire l'hypnose au cabinet dentaire ? [Thèse d'exercice]. Université Henri Poincaré Nancy 1; 2010.
49. Prunier C. L'hypnose en odontologie pédiatrique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche d'Odontologie; 2017.
50. Pujade C, Kheng R, Braconni M, Bdeoui F, Monnier A, Hoang L, et al. Soins bucco-dentaires pour les patients handicapés. Santé Publique. 20 déc 2017;29(5):677-84.
51. Quelet J, Perrot O. Hypnose: techniques et applications thérapeutiques. Paris: Ellébore; 2003. 235 p.
52. Renson D. Hypnose & enfants. Avon: Metawalk; 2014. 192 p.
53. Renson D. Hypnotiser: techniques d'induction. Avon: Métawalk; 2015. 192 p.
54. reseau-chu.org. Opération du cœur sous hypnose, en coulisses du bloc au CHU de Lille [Internet]. [consulté le 20 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.reseau-chu.org/article/un-homme-de-88-ans-opere-du-coeur-sous-hypnose-une-1ere-a-lille/>
55. Rombourg A, Barmas K. Application de l'hypnose en médecine bucco-dentaire aux hôpitaux civils de Colmar. Actual Odonto-Stomatol. 2013;(262):10-2.
56. Salem G, Bonvin É. Soigner par l'hypnose : approches théoriques et cliniques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2017. 372 p.
57. Santarpia A. Introduction aux psychothérapies humanistes. Paris: Dunod; 2016. 89 p.
58. Satzl M, Schmierer A, Zeman F, Schmalz G, Loew T. Significant variation in salivation by short-term suggestive intervention: a randomized controlled cross-over clinical study. Head Face Med. 27 nov 2014;10(1):49.
59. Simonnet Garcia M-H. Apport de l'hypnose médicale aux traitements d'ODF. Orthod Fr. sept 2014;85(3):287-97.
60. Thouvenin C. Apport de l'hypnose médicale dans la gestion des patients au cabinet dentaire par le biais d'une formation spécialisée [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux; 2014.
61. Townsend E, Dimigen G, Fung D. A clinical study of child dental anxiety. Behav Res Ther. 1 janv 2000;38(1):31-46.
62. Wolikow M. Hypnose et soins dentaires de l'enfant: prise en charge de la peur et de l'anxiété. 1 janv 2005;193-203.
63. Wood C, Bioy A. De la neurophysiologie à la clinique de l'hypnose dans la douleur de l'enfant. Douleurs Eval - Diagn - Trait. 1 oct 2005;6(5):284-96.

64. 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):26-39.
65. Yapko MD. *Trancework : An introduction to the practice of clinical hypnosis*, 4th ed. Reference & Research Book News. 2012;27(3):NA.
66. [zahnarzt-team-luzern.ch](http://www.zahnarzt-team-luzern.ch). Zahnarztteam Luzern Praxis Zahnarzt Dr. Schulte Implantate Zahnersatz Kronen Brücken Füllungen Veneers Zahnschienen Invisalign Bleaching Angstpatienten Parodontitis [Internet]. [consulté le 8 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.zahnarzt-team-luzern.ch/francais/>
67. Zhang Y, Montoya L, Ebrahim S, Busse JW, Couban R, McCabe RE, et al. Hypnosis/Relaxation therapy for temporomandibular disorders: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Oral Facial Pain Headache*. 2015;29(2):115-25.

Annexes

Annexe 1 : Le vocabulaire des cinq sens avec le VAKOG [34]

Sens	Verbe	Nom	Adjectif
Visuel	Voir	Couleur	Scintillant
	Regarder	Ombre	Multicolore
	Contempler	Nuance	Pailleté
	Déchiffrer	Paysage	Éclatant

Auditif	Entendre	Chant	Calme
	Murmurer	Musique	Joli
	Chanter	Son	Enchanteur
	Chuchoter	Bruit	Doux

Kinesthésique Mouvement Toucher	Chatouiller	Matière	Mœlleux
	Naviguer	Objet	Rugueux
	Bouger	Chaleur	Rapide
	Caresser	Relief	Précis

Olfactif	Sentir	Odeur	Enivrant
	Parfumer	Parfum	Parfumé
	Puer	Prout	Puant
	Humer	Fleur	Odorant

Gustatif	Goûter	Arôme	Sucré
	Déguster	Banquet	Salé
	Saliver	Chocolat	Bon
	Manger	Gâteau	Délicieux

Annexe 2 : Techniques d'induction adaptées à l'âge de l'enfant, d'après Olness et Kohen [42]

Âge préverbal de 0 à 2 ans :	<ul style="list-style-type: none">- une stimulation tactile, des caresses, des câlins.- une stimulation kinesthésique : bercer, faire bouger un bras en faisant des aller/retour.- une stimulation auditive : la musique ou un bruit continu, tel qu'un sèche cheveux, un rasoir électrique ou un aspirateur, qui sont placés loin de l'enfant.- une stimulation visuelle : des mobiles ou d'autres objets qui peuvent changer de taille, de position, de couleur.- tenir une poupée ou un petit animal en peluche.
Âge verbal de 2 à 4 ans :	<ul style="list-style-type: none">- souffler des bulles.- raconter une histoire.- livres avec des personnages animés.- visionneuse stéréoscopique.- l'activité favorite.- parler à l'enfant à travers une poupée ou un petit animal en peluche.- se regarder sur une vidéo.- utiliser une poupée toute molle (Floppy Raggedy Ann).
Âge pré-scolaire ou âge scolaire débutant (4 à 6 ans) :	<ul style="list-style-type: none">- souffler l'air.- un endroit favori.- des animaux multiples.- un jardin avec des fleurs.- raconter une histoire (seul ou dans un groupe).- le grand chêne.- fixer une pièce de monnaie.- regarder une lettre de l'alphabet.- des livres avec des personnages animés.- une histoire télévisée fantasmagorique.- la vision stéréoscopique.- la vidéo.- des boules qui se balancent.- biofeedback thermique ou autre.- les doigts qui s'abaissent.- une activité dans une salle de jeu.
De 7 à 11 ans :	<ul style="list-style-type: none">- l'activité favorite.- l'endroit favori.- regarder les nuages.- la couverture volante.- des jeux vidéo vrais ou imaginaires.- monter sur une bicyclette.- souffler l'air à l'extérieur.- écouter de la musique.- s'écouter sur une cassette.- regarder les nuages.- fixer une pièce de monnaie.- rapprochement des mains.- la rigidité du bras.
Adolescence : 12 à 18 ans :	<ul style="list-style-type: none">- l'endroit favori ou activité favorite.- activité sportive.- catalepsie du bras.- la respiration.- les jeux vidéo vrais ou imaginaires.- des jeux informatiques vécus ou imaginés.- la fixation des yeux sur une main.- conduire une voiture.- écouter ou entendre de la musique.- lévitation de la main.- le rapprochement des mains- des jeux fantasmagoriques

Table des figures

Figure 1 : Les différentes étapes d'une séance d'hypnose [35]	20
Figure 2 : La dissociation [34]	24
Figure 3 : Le processus d'hypnoalgésie [34]	25
Figure 4 : Echelle Visuelle Analogique verticale [44]	37
Figure 5 : Echelle des visages de Wong et Baker [25]	38
Figure 6 : Echelle des jetons ou "Poker chips" [45]	38
Figure 7 : Technique genoux à genoux [10]	42
Figure 8 : Mise en catalepsie lors de la prise d'empreinte [59]	49
Figure 9 : Distraction d'un enfant grâce à une peluche [66]	51

Table des tableaux

Tableau 1 : Questionnaire pour quantifier la douleur [5].....	39
Tableau 2 : Attention et réceptivité à l'hypnose en fonction de l'âge	44
Tableau 3 : Adaptation du vocabulaire dentaire à l'enfant [16]	46
Tableau 4 : Rappel des différents éléments de communication entre le praticien et l'enfant [13].....	56

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille : Année 2018 – N°:

L'hypnose en odontologie pédiatrique : de la théorie à la mise en application /
OSZUSTOWICZ Laura.- p. (77) : ill. (9) ; réf. (67).

Domaines : Odontologie Pédiatrique

Mots clés Rameau: Hypnose en odontostomatologie, Pédodontie

Mots clés FMeSH: Hypnose dentaire, Pédodontie, Méthode d'analgésie, Hypnose dentaire

Résumé de la thèse :

Le chirurgien-dentiste est quotidiennement confronté à soigner des patients anxieux et angoissés. Ce comportement rend la pratique difficile, tant pour le soignant que pour le soigné.

Cela est notamment valable chez les enfants.

Si des techniques sédatives médicamenteuses existent, l'hypnose peut s'avérer être une bonne alternative ou un complément de celles-ci. En effet, elle permet de plonger le patient dans un état de conscience modifiée, ce qui va permettre d'atteindre un état de relaxation profonde afin d'aider le patient à mieux vivre la séance.

Une séance de soins sous hypnose nécessite cependant de respecter une certaine méthodologie tout en s'adaptant aux habitudes et préférences des patients.

Chez l'enfant, l'élaboration de scripts pour induire l'état hypnotique va, en plus, dépendre de son âge et donc de son développement, de ses goûts et de son caractère afin de faciliter l'induction et d'amener son esprit ailleurs.

JURY :

Présidente : Madame le Professeur E. DELCOURT-DEBRUYNE

Asseseurs : Madame le Docteur E. BOCQUET

Madame le Docteur C. OLEJNIK

Madame le Docteur M. LAUMAILLÉ