

UNIVERSITE DE NANTES

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

Année : 2017

N° : 034

**L'HYPNOSE EN ODONTOLOGIE PÉDIATRIQUE**

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

*Présentée et soutenue publiquement par*

**PRUNIER Caroline**  
Née le 30 août 1991 à Paris

Le Mercredi 27 Septembre 2017 devant le jury ci-dessous :

Président : Madame le Professeur Brigitte LICHT

Assesseur : Madame le Docteur Elisabeth ROY

Assesseur : Monsieur le Docteur Tony PRUD'HOMME

Membre invité : Monsieur le Docteur Jihad ZEIDAN

Directeur de thèse : Madame le Docteur S. DAJEAN-TRUTAUD

<b>UNIVERSITE DE NANTES</b>		
<b>Président</b>	Pr. LABOUX Olivier	
<b>FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE</b>		
<b>Doyen</b>	Pr. GIUMELLI Bernard	
<b>Asseseurs</b>	Dr. RENAUDIN Stéphane Pr. SOUEIDAN Assem Pr. WEISS Pierre	
<b>Professeurs des Universités Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.</b>		
Monsieur AMOURIQ Yves Monsieur GIUMELLI Bernard Monsieur LE GUEHENNEC Laurent Monsieur LESCLOUS Philippe	Madame LICHT Brigitte Madame PEREZ Fabienne Monsieur SOUEIDAN Assem Monsieur WEISS Pierre	
<b>Professeurs des Universités</b>		
Monsieur BOULER Jean-Michel		
<b>Professeurs Emérites</b>		
Monsieur BOHNE Wolf	Monsieur JEAN Alain	
<b>Praticiens Hospitaliers</b>		
Madame DUPAS Cécile Madame LEROUXEL Emmanuelle	Madame HYON Isabelle Madame GOEMAERE GALIERE Hélène	
<b>Maîtres de Conférences Praticiens hospitaliers des C.S.E.R.D.</b>		
Monsieur AMADOR DEL VALLE Gilles Madame ARMENGOL Valérie Monsieur BADRAN Zahi Madame BLERY Pauline Monsieur BODIC François Madame DAJEAN-TRUTAUD Sylvie Madame ENKEL Bénédicte Monsieur GAUDIN Alexis Monsieur HOORNAERT Alain Madame HOUCHMAND-CUNY Madline Madame JORDANA Fabienne Monsieur KIMAKHE Saïd Monsieur LE BARS Pierre Madame LOPEZ-CAZAUX Serena Monsieur NIVET Marc-Henri Madame RENARD Emmanuelle Monsieur RENAUDIN Stéphane Madame ROY Elisabeth Monsieur STRUILLOU Xavier Monsieur VERNER Christian	Monsieur ABBAS Amine Monsieur AUBEUX Davy Madame BERNARD Cécile Monsieur BOUCHET Xavier Madame BRAY Estelle Madame CLOITRE Alexandra Monsieur DRUGEAU Kévin Madame GOUGEON Béatrice Monsieur LE BOURHIS Antoine Monsieur LE GUENNEC Benoît Monsieur LOCHON Damien Madame MAÇON Claire Madame MAIRE-FROMENT Claire-Hélène Madame MERCUSOT Marie-Caroline Monsieur OUVRARD Pierre Monsieur PRUD'HOMME Tony Monsieur SARKISSIAN Louis-Emmanuel	
<b>Maître de Conférences</b>		
Madame VINATIER Claire		
<b>Enseignants Associés</b>		
Monsieur KOUADIO Ayepa (Assistant Associé) Madame LOLAH Aoula (MC associé) Madame MERAMETDJIAN Laure (MC Associé) Madame RAKIC Mia (PU associé)	<b>A.T.E.R.</b>	

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le conseil de la faculté de Chirurgie dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

## **REMERCIEMENTS**

**À Madame le Professeur Brigitte ALLIOT-LICHT**

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de  
Recherche Dentaires

Docteur de l'Université de Nantes

Habilitée à Diriger des Recherches

Chef du Département de Sciences Biologiques

-NANTES-

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury,  
Pour votre gentillesse et votre enseignement,  
Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon  
plus profond respect.*

**À Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD**

Maître de Conférences des Universités  
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de  
Recherche Dentaires  
Docteur de l'Université de Nantes  
Chef du Département de Pédodontie

-NANTES-

*Pour m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse,  
Merci pour votre gentillesse, votre confiance, votre  
disponibilité, et pour tout le temps que vous avez consacré  
pour me conseiller et m'aider dans la réalisation de ce travail.  
Mais aussi pour la richesse et la qualité de votre enseignement,  
Veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères et ma  
grande considération.*

**À Madame le Docteur Elisabeth ROY**

Maître de Conférences des Universités  
Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de  
Recherche Dentaires  
Docteur de l'Université de Nantes  
Département de Pédiodontie

-NANTES-

*Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce jury de thèse,  
Pour l'intérêt porté à ce travail et le temps que vous lui avez  
accordé,  
Pour votre gentillesse et la transmission de votre savoir  
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements  
et de mon profond respect.*

**À Monsieur le Docteur Tony PRUD'HOMME**

Assistant Hospitalier Universitaire des Centres de Soins  
d'Enseignement et de Recherche Dentaires  
Département de Pédodontie

-NANTES-

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury  
de thèse,  
Pour votre apprentissage et votre pédagogie pendant ces  
années de clinique,  
Veuillez recevoir mes sincères remerciements et toute ma  
gratitude.*

*Invité*

**À Monsieur le Docteur Jihad ZEIDAN**

Docteur en Chirurgie Dentaire

Chargé de cours au DU d'Hypnose de Nantes ainsi qu'à la Faculté  
Dentaire de Nantes

Responsable Scientifique du DU d'Hypnose en Chirurgie Dentaire à  
la Faculté Dentaire de Montpellier

-NANTES-

*Pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury  
de thèse,*

*Pour votre disponibilité, vos conseils et votre gentillesse,  
Veuillez recevoir mes remerciements les plus sincères et toute  
ma gratitude.*

# **TABLE DES MATIERES**

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>12</b>
<b>1. L'hypnose.....</b>	<b>13</b>
1.1 Définitions.....	13
1.1.1 Hypnose.....	13
1.1.2 Hypnotisabilité.....	14
1.1.3 Hypnopratricien.....	14
1.1.4 Suggestion.....	14
1.1.5 Suggestibilité.....	15
1.1.6 Induction.....	15
1.1.7 Etat hypnotique.....	15
1.1.7.1 Caractéristiques de l'état hypnotique.....	15
1.1.7.2 Signes de la transe hypnotique.....	16
1.2 Historique.....	17
1.2.1 Origines.....	17
1.2.2 Précurseurs de l'hypnose.....	18
1.2.2.1 En Europe.....	18
1.2.2.2 En France.....	19
1.2.3 Hypnose contemporaine.....	20
1.2.4 Hypnose en médecine bucco-dentaire.....	22
1.3 Neurophysiologie de l'hypnose.....	23
1.3.1 Modification de l'activité cérébrale.....	24
1.3.2 Mode d'action de l'hypnose.....	24
1.3.2.1 Sur l'anxiété.....	25
1.3.2.2 Sur la douleur.....	25
1.4. Processus hypnotique.....	26
1.4.1 Les étapes du processus hypnotique.....	26
1.4.1.1 La veille ordinaire.....	26
1.4.1.2 L'entretien initial.....	26
1.4.1.3 L'induction.....	27
1.4.1.4 La dissociation.....	28
1.4.1.5 L'état hypnotique.....	28
1.4.1.6 Les suggestions.....	29

1.4.1.6.1 Directes.....	29
1.4.1.6.2 Indirectes.....	29
1.4.1.7 Le réveil ou réassociation.....	30
1.4.2 La communication hypnotique.....	31
1.4.2.1 Le langage.....	31
1.4.2.2 Les suggestions.....	32
1.4.2.3 La voix.....	32
1.4.2.4 La négation.....	32
1.4.2.5 Les canaux sensoriels.....	33
1.5 Différentes pratiques hypnotiques.....	33
1.5.1 Hypnoalgésie.....	33
1.5.2 Hypnosédation.....	34
1.5.3 Hypnothérapie.....	34
1.5.4 Hypnose conversationnelle ou informelle.....	34
1.5.5 Hypnose formelle.....	35
1.5.6 Auto hypnose.....	35
1.6 Applications cliniques de l'hypnose.....	36
1.6.1 Dans le domaine médical.....	36
1.6.2 Chez l'enfant.....	36
1.6.3 En odontologie.....	37
1.6.3.1 Bénéfices de l'hypnose pour les patients.....	37
1.6.3.1.1 Gestion de l'anxiété.....	37
1.6.3.1.2 Gestion de la douleur.....	38
1.6.3.1.3 Gestion du saignement.....	38
1.6.3.1.4 Acceptation d'une prothèse.....	38
1.6.3.1.5 Alternative à l'anesthésie locale.....	39
1.6.3.2 Bénéfices de l'hypnose pour le praticien.....	39
1.6.3.3 Indications et contre-indications de l'hypnose en odontologie.....	40
1.6.3.3.1 Indications.....	40
1.6.3.3.2 Contre-indications.....	41
1.7 Les formations à l'hypnose.....	41
1.7.1 La formation universitaire.....	41
1.7.2 La formation privée.....	42
<b>2. L'hypnose et l'enfant.....</b>	<b>43</b>
2.1 Pourquoi utiliser l'hypnose chez l'enfant.....	43

2.1.1 L'enfant et l'imaginaire.....	43
2.1.2 L'âge et l'hypnotisabilité.....	43
2.1.3 Une relation différente en hypnose.....	44
2.2 Comment utiliser l'hypnose chez l'enfant.....	44
2.2.1 Prérequis.....	44
2.2.2 Relation thérapeutique.....	45
2.2.2.1 Relation praticien-enfant.....	45
2.2.2.2 Relation praticien-parent.....	46
2.2.3 Communication avec l'enfant.....	46
2.2.3.1 Utilisation des métaphores, jeux, contes et histoires.....	47
2.2.3.2 Ajustement au style sensoriel de l'enfant.....	48
2.2.3.3 Adaptation du langage.....	50
2.2.3.4 Adaptation des techniques hypnotiques en fonction du stade de développement et de l'âge de l'enfant.....	51
2.3 Applications et intérêts de l'hypnose en odontologie pédiatrique.....	54
2.3.1 Champs d'application de l'hypnose en odontologie pédiatrique.....	54
2.3.1.1 L'anxiété.....	54
2.3.1.1.1 Définition.....	54
2.3.1.1.2 Sources d'anxiété au cabinet dentaire.....	54
2.3.1.2 La douleur.....	56
2.3.1.3 Intérêts de l'hypnose dans la prise en charge de l'anxiété et de la douleur.....	56
2.3.1.4 Autres champs d'application.....	58
2.3.2 Comment utiliser l'hypnose en odontologie pédiatrique.....	58
2.3.2.1 L'enfant et le praticien face aux soins dentaires.....	58
2.3.2.1.1 L'enfant.....	58
2.3.2.1.2 Le praticien.....	59
2.3.2.2 Utilisation de l'hypnose.....	59
2.3.2.2.1 Prérequis.....	60
2.3.2.2.2 Quelle pratique hypnotique utiliser chez l'enfant.....	60
2.3.2.2.3 Choix des mots.....	61
2.3.2.2.4 Déroulement d'un soin dentaire utilisant l'hypnose chez l'enfant.....	61
CONCLUSION.....	66
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	67
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	68

## INTRODUCTION

Longtemps délaissée, l'hypnose connaît de nos jours un regain d'intérêt notable dans le monde médical, notamment en odontologie. Ces dernières années, la neuro-imagerie a permis d'apporter des preuves scientifiques des effets de cette technique sur le cerveau, lui donnant alors plus de légitimité.

L'utilisation de l'hypnose en odontologie pédiatrique apparaît comme une méthode de choix dans la prise en charge de l'enfant, en agissant notamment sur l'anxiété et la douleur. En effet, l'enfant, selon son âge, son développement psycho-affectif, mais aussi sa propre histoire, sera plus ou moins apte à faire face à la situation de soin. Les enfants ont une grande facilité à passer de la réalité au monde de l'imaginaire, ce qui rend l'hypnose souvent plus aisée à utiliser chez l'enfant que chez l'adulte.

La dimension ludique que revêt l'hypnose permet rapidement d'établir avec l'enfant un mode de communication encore peu habituel dans nos pratiques de soins. Cette rupture avec la communication courante autorise un mode relationnel nouveau, où le plus souvent l'expérience hypnotique va progressivement prendre le pas sur l'expérience douloureuse ou anxiogène. Cela va permettre au patient de retrouver un certain contrôle, et ainsi rendre possible le déroulement des soins dans des conditions optimales.

L'hypnose ne prétend pas résoudre toutes les situations complexes de soin, mais elle peut permettre l'obtention d'une meilleure coopération entre le praticien et le patient. Cela améliore considérablement les conditions de prise en charge globale des patients et peut être d'une grande aide dans le travail quotidien du chirurgien-dentiste.

La première partie de ce travail s'attachera à présenter les différents aspects de l'hypnose ; comment la définir, quelle est son histoire et comment l'objectiver d'un point de vue neurophysiologique. Nous développerons également les étapes du processus hypnotique ainsi que les nombreuses applications cliniques de l'hypnose.

Puis, nous verrons en quoi cet outil paraît adapté aux problématiques de la pratique de la chirurgie-dentaire chez l'enfant. Enfin nous passerons en revue les applications et intérêts de l'utilisation de l'hypnose en odontologie pédiatrique pour le chirurgien-dentiste.

# Première partie

## L'hypnose

### 1.1 Définitions

Pour tenter de définir, de comprendre ce qu'est l'hypnose, nous pouvons nous appuyer sur plusieurs définitions :

#### 1.1.1 Hypnose

L'Association Française pour l'Etude de l'Hypnose Médicale (AFEHM) définit l'hypnose comme “un processus relationnel accompagné par une succession de phénomènes physiologiques tels qu'une modification du tonus musculaire, une réduction de la perception sensorielle, une focalisation de l'attention, dans le but de mettre en relation un individu avec la totalité de son existence et d'en obtenir des changements physiologiques, des changements de comportement et de pensée.” (6)

L'Association Américaine de Psychologie (APA) définit l'hypnose comme “ A state of consciousness involving focused attention and reduced peripheral awareness characterized by an enhanced capacity for response to suggestion.” (47) que l'on peut traduire par “ un état de conscience impliquant une attention focalisée et une moindre sensibilité à l'environnement, caractérisé par une capacité accrue de réponse à la suggestion.”

L'Association Médicale Britannique (BMA) définit l'hypnose comme « un état passager d'attention modifiée chez le sujet, qui peut être produit par une personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément, ou en réponse à des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement de la conscience et de la mémoire, une sensibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. » (34)

Le psychiatre Jean Godin nous propose sa définition : (55)  
« L'hypnose est un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention

d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce « débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure », qui suppose un certain « lâcher prise », équivaut à une façon originale de fonctionner, à laquelle on se réfère comme un état. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient. »

L'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), dans son rapport « Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose » (58) retient que l'hypnose n'est ni un état de vigilance, ni un état de sommeil, mais un état de conscience modifiée.

L'hypnose apparaît alors comme un état modifié de la conscience, plus précisément un état de concentration mentale tel que, le sujet absorbé dans ses pensées devient indifférent à tout autre événement extérieur. La part involontaire et émotionnelle du comportement, l'inconscient, est lors de l'hypnose, plus réceptive qu'à l'état normal de « veille » . (108)

### **1.1.2 Hypnotisabilité**

On peut définir l'hypnotisabilité, ou susceptibilité hypnotique, comme étant l'aptitude d'une personne à être hypnotisée. Des études ont montré qu'environ 80% des gens sont hypnotisables, 5% des patients arrivent d'emblée dans un état de transe profonde, d'autres nécessitent plusieurs séances pour y parvenir. (63)

Il existe plusieurs échelles pour mesurer l'hypnotisabilité d'un sujet qui démontrent que ni la technique utilisée, l'ethnie, le sexe ou la position sociale du sujet ne jouent un rôle important. En revanche, l'expectative, la motivation, la capacité de se déconnecter des stimuli environnants et l'imagination, seraient plutôt de bons indicateurs de réussite. (63)

### **1.1.3 Hypnopraticien**

Le terme d'hypnopraticien désigne tous les praticiens utilisant l'hypnose. (33)  
Concernant l'hypnopraticien, il semble que certaines qualités humaines telles la sensibilité, la flexibilité, la créativité, la persistance, l'empathie, l'objectivité, l'intégrité et le respect pour les autres soient des facteurs de réussite en hypnothérapie. (77)

### **1.1.4 Suggestion**

La suggestion est un phénomène banal de la communication quotidienne, présente dans la pratique de l'hypnose comme dans toute relation thérapeutique. (31)

En hypnose, les suggestions sont une combinaison de propositions et d'actions visant à modifier l'état de conscience normal du sujet. (49)

C'est l'un des éléments clef de la communication hypnotique. Les suggestions peuvent être directes, indirectes, verbales ou non verbales. (59)

### **1.1.5 Suggestibilité**

Elle correspond à la capacité du sujet à répondre favorablement à des suggestions directes ou indirectes, en hypnose ou en dehors. (49)

### **1.1.6 Induction**

C'est le résultat d'une suite de suggestions verbales ou non verbales. Elle permet de passer d'un état de conscience dit ordinaire à un état de conscience non-ordinaire, un état hypnotique. (49)

### **1.1.7 Etat hypnotique**

Aussi appelé « transe hypnotique », l'état hypnotique commence par une condition de relaxation physique et mentale, associée à une absorption et une focalisation sur un ou plusieurs objets. Cet état peut aussi très simplement se rencontrer lorsque quelqu'un est fasciné par quelque chose, lorsqu'il regarde un film passionnant ou simplement lorsqu'il est absorbé par les détails d'un paysage. (94)

Les personnes en état d'hypnose sont toujours sous le contrôle d'elles-mêmes et sont conscientes de ce qui se passe mais certaines informations sont filtrées. L'état hypnotique est donc un état naturel, mais peut également être un état provoqué par une personne, grâce à des techniques apprises. On parle alors de transe induite ou provoquée. Dans le domaine médical elle est qualifiée d'hypnose médicale ou thérapeutique. (4)

La capacité d'accéder à l'état hypnotique est donc une faculté que chacun d'entre nous possède. (68)

Depuis la seconde moitié des années 1990, cet état a été identifié et caractérisé en imagerie cérébrale, attestant ainsi de son existence réelle. Scientifiquement, on peut maintenant affirmer que l'état hypnotique est une réalité. (19)

#### **1.1.7.1 Caractéristiques de l'état hypnotique**

Les caractéristiques de cet état ont été décrites par Price et Barell. (100) (101)

Elles sont les suivantes :

- un sentiment de détente et de relaxation (un laisser-aller des tensions ou l'impression de devenir détendu) ;
- une attention soutenue et une absorption centrée ou focalisée sur une ou plusieurs cibles ;
- une absence de jugement, de contrôle et de censure ;
- une suspension de l'orientation temporo-spatiale habituelle et du sens de soi ;
- une expérience d'un accès à des réponses automatiques sans effort ni délibération.

### **1.1.7.2 Signes de la transe hypnotique**

Salem (110) distingue deux types d'indices permettant de considérer le patient en transe hypnotique : les indices corporels et les indices psychologiques :

#### Les indices corporels

- Léthargie détente (ou activité rythmée) : état particulier du corps se caractérisant par son fonctionnement involontaire
- Catalepsie : inhibition des mouvements volontaires
- Mouvements automatiques
- Relaxation musculaire (visage, cou, nuque, dos, abdomen, bassin, ceinture pelvienne et scapulaire,...)
- Larmolement, rhinorrhée
- Petites saccades musculaires, clignement ou fibrillation des paupières
- Activation passagère de la musculature lisse (salivation, péristaltisme, toux, dilatation bronchique, vasodilatation périphérique)
- Inhibition du réflexe de déglutition
- Ralentissement du débit verbal, dysarthrie légère
- Changement du rythme cardiaque et respiratoire (généralement diminution)
- Diminution de la tension artérielle
- Sensation de lourdeur ou de légèreté (en accord avec le thème abordé)
- Sensation de chaleur ou de fraîcheur (en accord avec le thème abordé)
- Perception accentuée (hyperesthésie) partielle ou générale du corps
- Hypoesthésie ou anesthésie générale ou partielle
- Lévitacion spontanée d'un ou plusieurs membres
- Inhibition ou excitation sensorielle spontanée (en accord avec les suggestions)

## Les indices psychologiques

- Relâchement des associations
- Pensée de type plus analogique que digitale
- Interprétation littérale : tri sémantique donnant la priorité au sens concret des termes (analogie) et ne retenant pas de variables telle que l'abstraction ou la négation
- Logique particulière : tendance à rationaliser tout ce que le patient expérimente, aussi improbable ou absurde que cela puisse paraître, c'est à dire que le patient en état d'hypnose est capable d'accepter des incompatibilités logiques dans la perception, la sensation et la cognition
- Distorsion temporelle
- Production d'images abstraites ou concrètes
- Evocation de scènes rêvées ou fantasmées, « rêves éveillés »
- Expression facilitée des émotions, réduction de la tension émotionnelle
- Facilitations des souvenirs
- Capacité à s'imaginer dans le passé ou le futur
- Hallucination psychique
- Amnésie, hypermnésie, paramnésie

## **1.2 Historique**

### **1.2.1 Origines**

L'hypnose est une pratique qui s'est développée dans le milieu médical depuis le XVIIIème siècle, mais l'utilisation de l'état hypnotique est beaucoup plus ancienne, et ce dans toutes les cultures. (58)

Les techniques d'hypnose sont connues depuis l'antiquité où elles sont intégrées au monde mystique et religieux. Les premières traces de l'utilisation de l'hypnose remontent à environ 5000 ans avant J.C. (65)

On a découvert en 1972 la transcription d'une séance d'hypnose sur une stèle du règne de Ramsès II qui date de 3000 ans. Des recherches archéologiques menées en Egypte et en Grèce montrent que les prêtres plongeaient les malades dans une sorte de transe pour les guérir. Ils utilisaient aussi d'autres techniques « hypnotiques » pour soigner et soulager la douleur telles que des incantations et des paroles allégoriques. (110)

Les prêtres égyptiens l'utilisaient pour soulager les soldats et leur permettre de repartir au combat. Ils prononçaient des paroles sacrées et agissaient par apposition des mains. (185)

L'histoire de l'hypnose débute finalement lorsque les humains ont perçu que l'art de soigner passait par la relation à un patient. Cette relation est faite de mots, de regards, de gestes, autant

d'éléments décisifs pour l'acte thérapeutique. (12)

## 1.2.2 Précurseurs de l'hypnose

### 1.2.2.1 En Europe

L'histoire moderne de l'hypnose commence en Europe avec Franz-Anton **Mesmer** (1734-1815). En 1778, ce médecin allemand, est le premier à introduire une théorie sur l'existence d'un fluide magnétique animal. Pour lui, ce fluide a des vertus thérapeutiques et un déséquilibre de celui-ci serait



Figure 1: Franz-Anton Mesmer, image issue du site internet “Hypnose Francophone”

la cause de la maladie. (12) (110)

A la même époque, le marquis de **Puységur** (1751-1825), élève de Mesmer, découvre le somnambulisme provoqué, ou « sommeil artificiel ». A partir de ce moment, pour expliquer le phénomène hypnotique, tous les magnétiseurs vont minimiser l'importance du fluide de Mesmer au profit de la relation patient-thérapeute. Le rôle des phénomènes de croyance est alors étudié et l'importance des suggestions verbales est mise en lumière. (12) (87)

L'Abbé José Custodio de **Faria** (1746-1819), un prêtre portugais, rejette les théories jusqu'alors énoncées. Il introduit l'importance des croyances et des attentes face au contexte, de la capacité de concentration, de la suggestibilité psychique et du rôle de l'imagination pour expliquer les phénomènes observés. Il pense que le sommeil magnétique dépend, non du magnétiseur, mais du sujet lui-même. Il théorise ainsi les suggestions post-hypnotiques en 1787, sans encore parler d'hypnose. Il met au point une méthode d'induction qui consiste à fixer la main du magnétiseur qui se rapproche peu à peu tout en suggérant verbalement de se concentrer sur l'idée de sommeil. (87)

En 1843, James **Braid** (1795-1860), un chirurgien anglais commence à établir les bases scientifiques de la compréhension du phénomène hypnotique. Pour lui, le magnétisme animal n'existe pas. Il démystifie donc le mesmérisme et propose une codification moderne de ce phénomène de modification de conscience. Il introduit le mot « hypnose » qui vient du latin hypnos et signifie sommeil. (12) (87) (110)

Lors de ses expériences, il utilise la fixation d'un point lumineux comme technique d'induction. Pour James Braid, hypnotiser est avant tout une affaire de savoir scientifique, de psychologie et de savoir-faire.

On a découvert par la suite toute l'importance du savoir-être de l'hypnotiseur et de la relation de confiance qui doit se lier avec le patient. (87)

### 1.2.2.2 En France

Durant la deuxième moitié du XIXème siècle, l'hypnose commence à s'introduire dans les milieux scientifiques et médicaux. En France, deux écoles vont voir le jour et s'opposer grâce à deux professeurs d'université célèbres : Jean-Martin **Charcot** (1825-1893) à la Salpêtrière, d'une part, et Hippolyte **Bernheim** (1827-1919) de la clinique médicale de Nancy, d'autre part. Ces deux



Figure 2: Le Dr Charcot pratiquant l'hypnose à la Salpêtrière. D'après Brouillet A, 1887.  
scientifiques défendent chacun des positions différentes concernant l'hypnose. (87)

Au départ, **Bernheim** est convaincu des vertus de l'hypnose grâce aux succès thérapeutiques obtenus par le Dr **Liebault**, médecin de campagne qui avait étudié les travaux de James **Braid**. **Bernheim** réduit l'hypnose à la suggestibilité : pour lui les phénomènes hypnotiques proviennent de cette propriété physiologique du cerveau. Il décrit ainsi la loi de l'idéo-dynamisme, à savoir qu'une idée suggérée devient un mouvement, une sensation, une émotion ou un acte biologique. Cette reconnaissance de l'hypnose par **Bernheim** permet aux médecins de pratiquer ouvertement l'hypnose. (87)

L'école opposée, celle de Paris, menée par **Charcot**, définit l'hypnose comme un état pathologique, une névrose hystérique artificielle. Selon lui, seuls les sujets prédisposés à l'hystérie sont susceptibles d'hypnotisabilité. (12) (87) (110)

C'est finalement la thèse de l'école de Nancy qui est retenue par le premier congrès international de l'hypnotisme en 1889. (5) (25)

Léon **Chertok** (1911-1991) œuvre à partir des années 1950 pour réhabiliter l'hypnothérapie mais se heurte aux écoles psychanalytiques et au monde médical qui peinent à reconnaître l'intérêt de l'hypnose. Cependant la propagation des travaux inspirés du psychiatre américain Milton Hyland **Erickson**, appuyés en France par Jean **Godin**, permet à l'hypnose de retrouver peu à peu la faveur d'un public grandissant. (5) (12) (104)

### **1.2.3 Hypnose contemporaine**

Le changement qui va conduire de la pratique traditionnelle de l'hypnose à sa pratique actuelle va se produire sous l'influence de trois facteurs selon **Michaux** : (87)

- La pratique hypnoanalytique :

Certains psychanalystes américains, tel **Wolfberg** qui publie « *Hypnoanalysis* » en 1945, vont réintroduire l'hypnose dans leur pratique psychanalytique. Au cours de cette période, à la fin de la seconde guerre mondiale, l'hypnose sera largement utilisée dans le traitement des névroses post-traumatiques. D'où, sans doute, son image positive aux Etats-Unis.

-La recherche sur l'hypnose:

En Amérique du nord, de nombreux chercheurs renommés vont s'illustrer dans ce domaine, comme Ernest **Hilgard** (1904-2001) qui anima une unité de recherche au sein de l'université de Stanford.

Plusieurs laboratoires vont continuer d'approfondir le sujet, une multitude d'articles vont être publiés dans des revues de haut niveau scientifique. Cet engouement a permis d'explorer différents axes de recherche, et, à cette occasion, de montrer que l'hypnose était un phénomène pouvant tout à fait se plier à une approche scientifique.

- Les travaux de Milton H. **Erickson** (1901-1980) :

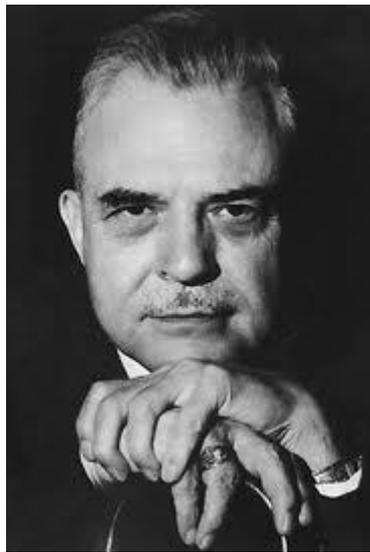


Figure 3: Milton H. Erickson, image issue du site internet “ Institut Français d’Hypnose Humaniste et Ericksonienne”

Ce psychiatre américain est à la base de l'hypnose Ericksonienne. Il développe au cours de sa vie une pratique thérapeutique tout à fait originale. Sa façon de percevoir et de valoriser l'hypnose s'explique en partie par son histoire personnelle atypique. **Erickson** est atteint de troubles sensoriels et perceptifs congénitaux : il est daltonien et amusique, c'est à dire qu'il ne perçoit pas les rythmes auditifs ainsi que les mélodies. Ces différences lui font remarquer que les seuls rythmes qu'il ressent sont son pouls et surtout sa respiration, se calant ainsi sur la respiration de son interlocuteur pour suivre son rythme. Il utilisera plus tard cette technique comme moyen de collaboration thérapeute-sujet. (87)

Son approche est plus centrée sur les aspects communicationnels avec, entre autres, un abord moins directif de l'induction hypnotique et des éléments non-verbaux de la communication. (114)

Dans l'hypnose Ericksonienne, l'intégrité et le libre choix sont entièrement respectés. On aide simplement la personne à trouver ses solutions, ses ressources sans dirigisme quelconque. (185)

D'ailleurs, si la personne se sent entravée ou influencée, elle peut tout à fait quitter son état d'hypnose. En hypnose Ericksonienne, on ne peut imposer à quelqu'un quelque chose qu'il ne veut pas faire ou qui ne lui convient pas. (65)

**Erickson** pose ainsi les bases de l'hypnose que nous utilisons aujourd'hui dans le domaine

médical. Son apport est fondamental, source d'influence pour de nombreuses thérapies ou de méthodes de communication comme la programmation neurolinguistique. (18)

**Erickson** eut de nombreux élèves qui continuèrent son travail. Parmi ceux-ci, nous pouvons citer notamment **Araoz** de New-York, ainsi que **Yapko** de San Diego. Tout deux intégrèrent à l'hypnothérapie d'Erickson des techniques dérivées des psychothérapies cognitives et comportementales. Cette démarche d'intégration aboutit à l'hypnose d'aujourd'hui que l'on nomme nouvelle hypnose. Celle-ci recherche davantage à collaborer avec le patient plutôt qu'à le manipuler d'emblée. (87)

L'hypnose contemporaine s'inspire donc largement des enseignements d'**Erickson** et des meilleures contributions de ses prédécesseurs. La curiosité des auteurs et praticiens actuels assure le progrès et l'évolution de l'hypnose. Les applications modernes en anesthésiologie, cancérologie, psychiatrie et psychothérapie sont de plus en plus mentionnées et le développement des techniques d'exploration et d'imagerie facilitent la recherche et la promotion scientifique de cette discipline. (10) (110)

#### **1.2.4 Hypnose en médecine dentaire**

Si dans le milieu hospitalier, ce sont surtout les anesthésistes et non les chirurgiens qui se sont intéressés à l'hypnose, au cabinet dentaire les chirurgiens-dentistes ont été plus réceptifs, ayant toujours été confrontés à la nécessité de trouver un moyen de diminuer l'angoisse et les douleurs que suscitent leurs soins. (60)

Dès le début du XVIème siècle, des chirurgiens-dentistes utilisent l'hypnose pour soigner les douleurs dentaires. Au XIXème siècle, Bernheim et Liébault utilisent l'analgésie hypnotique pour soulager les névralgies dentaires et réaliser des extractions dentaires sans souffrance. (14)

Au cours de la deuxième moitié du XIXème siècle, l'anesthésie chimique commence seulement à se développer, incitant le corps médical, notamment les chirurgiens-dentistes, à s'intéresser à l'hypnose à des fins analgésiques. De nombreux odontologistes français et anglais réalisent alors des chirurgies en utilisant l'hypnoanalgésie. En 1837, le chirurgien-dentiste Jean Victor Oudet extrait une dent sous hypnoanalgésie puis, en 1847, les Docteurs Ribaud et Kiaro enlèvent une tumeur de la mâchoire en utilisant uniquement l'hypnose. La pratique de l'hypnose en odontologie se développe ensuite principalement aux Etats-Unis, où elle est enseignée dès 1927. En 1948, la Société Américaine pour l'Avancement de l'Hypnodontie est créée et A. Moss publie le premier ouvrage sur ce sujet en 1952 : *Hypnodontics or Hypnosis in Dentistry*. En 1955, l'Association médicale britannique reconnaît officiellement l'utilisation de l'hypnose en odontologie suivi par l'Association médicale américaine en 1958, qui recommande son apprentissage au cours des études de médecine. (118) En 1960, lors de la semaine implantaire organisée à l'hôpital Lariboisière à Paris, le Dr Baldoméro Sol fait une

démonstration très remarquée de l'hypnose, en vue d'interventions implantologiques. (64)

Aujourd'hui, environ 26% des écoles dentaires aux Etats-Unis et au Canada incluent une formation à l'hypnose clinique à leurs cursus, tandis qu'en France, la formation initiale dispense parfois d'une brève introduction à l'hypnothérapie. (118)

### **1.3 Neurophysiologie de l'hypnose**

Les mécanismes physiologiques à l'œuvre dans l'hypnose ont été et sont encore régulièrement étudiés. Les résultats issus de ces études ont permis d'objectiver des modifications du fonctionnement cérébral en lien avec la transe hypnotique, mais ils ne permettent pas encore d'expliquer complètement le phénomène. (58)

On a longtemps pensé que l'état hypnotique faisait surtout appel à l'hémisphère droit du cerveau, plus orienté vers l'intuition, l'abstraction, le visio-spatial, etc., alors que l'hémisphère gauche était lui plus « spécialisé » dans le raisonnement logico-grammatical, le rationnel, le concret, l'analytique.

Des études avec tomographie par émissions de positons (TEP scan) et imagerie fonctionnelle par résonance magnétique (IRMf) ont néanmoins montré que le fonctionnement cérébral pendant l'hypnose était plus complexe. (127)

Les techniques d'imagerie moderne, TEP scan et IRMf, reposent sur la mise en évidence d'une modification de la répartition du débit sanguin cérébral, liée à l'activité neuronale. Elles ont permis la mise en évidence des modifications de l'activité cérébrale corticale de certaines régions lors de suggestions chez un sujet sous hypnose. (27) (30) (36)

Une première série d'expériences menées par Rainville et coll (107) montrent, grâce au TEP scan, qu'il existe une différence d'activité cérébrale, entre l'hypnose et la veille normale. Ils ont mesuré le flux sanguin cérébral (rCBF) dans les différentes régions cérébrales et ont constaté que l'état hypnotique était associé à un plus haut niveau de rCBF dans la région cingulaire antérieure, ainsi que dans les aires occipitales, qui correspondent au cortex visuel. (107)

Les recherches du Dr Faymonville et son équipe viennent appuyer et compléter ces résultats ; ils sont les premiers à apporter des données objectives concordant avec les rapports subjectifs des patients. Ils montrent que sous hypnose, les régions de la vision (occipitale), des sensations (pariétale) et de la motricité (pré-centrale) sont activées, comme si le patient revivait ses souvenirs, tandis qu'à l'état de veille, seuls les régions temporales sont activés, aires de la remémoration du souvenir. (50)

Par ailleurs, les régions du cerveau impliquées dans le processus conscient, le précunéus (région du cortex pariétal) et le cortex cingulaire postérieur, sont désactivées pendant l'hypnose. (81) Cette désactivation est retrouvée dans certaines phases de sommeil profond et dans les états végétatifs. (49)

En 1999, Maquet et coll mènent une étude utilisant l'IRMf et confirment les affirmations de Faymonville, pour laquelle l'hypnose correspond à un état de conscience modifiée avec des aires cérébrales activées qui diffèrent de celles de l'état de veille. (49) Ils émettent par ailleurs l'hypothèse que l'attention du sujet reste préservée durant l'hypnose, celle-ci étant caractérisée par l'activation du cortex cingulaire antérieur et du cortex préfrontal. De plus, l'observation de l'activité cérébrale sous électroencéphalogramme, permet de constater que les fréquences électriques sous hypnose (8-13Hz) se situent entre celles du sommeil profond (3-5 Hz) et celles de l'état de pleine conscience (14-25Hz). (49)

### **1.3.1 Modification de l'activité cérébrale**

Dans une étude de 2016, (83) le psychiatre David Spiegel, professeur à l'école de médecine de l'Université Stanford, et son équipe, ont scanné le cerveau par IRMf de 57 sujets lors de différents états hypnotiques. Parmi eux, 36 personnes étaient hautement hypnotisables et 21 faiblement hypnotisables. L'IRMf révèle que l'hypnose, particulièrement chez les sujets les plus sensibles, modifie l'activité de trois grands réseaux cérébraux : ceux du contrôle exécutif, de saillance et du mode par défaut.

Le contrôle exécutif est essentiel pour se concentrer sur une tâche, focaliser son attention.

Le réseau de saillance, quant à lui, permet au cerveau, sans cesse bombardé de stimuli en provenance du corps ou de l'environnement, de sélectionner les éléments pertinents en vue de réaliser une action.

Enfin, le réseau du mode par défaut s'active lorsque nous ne faisons rien de particulier et que notre esprit s'évade. Il joue un rôle essentiel dans la conscience que nous avons de nous-même.

Or, ces trois circuits sont complètement reconfigurés sous hypnose, constatent les scientifiques. Le réseau de saillance voit ainsi son activité d'autant plus diminuée que le sentiment d'absorption exprimé par le sujet s'accroît. Une observation qui confirme les propos rapportés par les patients à leur praticien.

L'équipe observe aussi une connectivité accrue entre une partie du réseau du contrôle exécutif et une autre partie du réseau de saillance, jouant un rôle dans le ressenti de ses états internes. Et ce, seulement chez les sujets hautement hypnotisables.

Cette connexion cerveau-corps expliquerait les effets bénéfiques de l'hypnose sur la douleur ou sur les troubles psychosomatiques. Enfin, les scientifiques notent une baisse de connectivité entre le réseau du contrôle exécutif et le réseau du mode par défaut.

### **1.3.2 Mode d'action de l'hypnose**

D'après Antoine Bioy, Docteur en Psychologie, Responsable scientifique de l'Institut Français

d'Hypnose (IFH), « La façon dont l'hypnose agit est maintenant connue : elle permet, par un jeu attentionnel impliquant l'imaginaire des patients, de revisiter la réalité et la façon dont le patient la perçoit. Ceci a pour effet de diminuer l'importance des symptômes d'un certain nombre de pathologies, et de développer chez l'individu des comportements inédits, lui permettant de mettre à distance le motif d'une souffrance, voire dans certains cas, de la résoudre. L'hypnose permet à une personne de prendre soin de soi et de développer pour se faire des dispositions internes et comportementales nouvelles ». (19)

### **1.3.2.1 Sur l'anxiété**

Le premier mode d'action de l'hypnose est de diminuer l'anxiété, à l'origine d'une majoration de la perception douloureuse. (90)

La comparaison à j1, j10 de l'anxiété de deux groupes de patients opérés d'une thyroïdectomie objective une diminution significative de l'anxiété dans le groupe « Hypnosédation ». (41)

La réduction de l'anxiété préopératoire par l'hypnose est également objectivée chez les enfants. (29)

### **1.3.2.2 Sur la douleur**

L'hypnose permet une diminution significative de la perception douloureuse grâce aux techniques hypnotiques. (90) Le premier objectif de ces techniques est de ne pas générer l'idée de la douleur, car cette seule idée amplifie la perception du stimulus douloureux. En effet certaines études, réalisées chez des sujets très hypnotisables, ont montré la capacité de l'hypnose à activer les circuits neuronaux correspondants à une douleur physique suite à une suggestion hypnotique et ce même en l'absence de stimuli douloureux. (42) Cet effet d'amorçage est diminué par la relation particulière établie en communication hypnotique. (90)

L'hypnose va permettre de diminuer la dimension de pénibilité ou de connoter autrement la douleur pour qu'elle devienne plus supportable. L'objectif étant que le message douloureux devienne le moins investi possible et que le patient gagne en sentiment de contrôle. A ces deux conditions, le patient pourra ne plus investir sa douleur. (17)

Sur le plan neurophysiologique et psychophysiologique, les suggestions hypnotiques de l'analgésie peuvent interagir sélectivement sur les paramètres neurobiologiques associés à la douleur dans le système nerveux central. (12) Il y a ainsi, en imagerie fonctionnelle, une diminution de l'activité cérébrale associée aux stimuli douloureux lorsqu'il y a suggestion hypnotique de l'analgésie. (1)

Concernant les zones cérébrales mises en jeu, des études réalisées en IRMf ont démontré que

l'activation cérébrale la plus consistante lors de stimulations nociceptives était localisée dans les insulas et les cortex cingulaires antérieurs. (98) Les insulas sont connues pour avoir une position intermédiaire entre les systèmes latéraux (sensoriels) et médians (affectifs) gérant la douleur. (70) Le cortex cingulaire antérieur est quant à lui connu pour être impliqué dans les processus d'interaction entre les perceptions cognitives et émotionnelles liées aux modifications d'un état attentionnel et émotionnel. (28) (44)

L'action de l'hypnose au niveau du cortex cingulaire a été confirmée par le TEP scan et a permis de la différencier de la relaxation, qui ne modifie pas le fonctionnement de la même région. (6) Il a été également montré que le fonctionnement de cette même zone du cerveau était modifié par la douleur, mettant en évidence que l'hypnose agit au même endroit que celle-ci. (102)

Une augmentation de la connectivité des insulas et du cortex cingulaire joue donc un rôle majeur dans la modulation de la perception de la douleur observée lorsque le sujet est sous hypnose. (39) (110)

## **1.4 Processus hypnotique**

### **1.4.1 Les étapes du processus hypnotique**

D'un point de vue technique, l'approche habituelle de l'hypnose, ou hypnose formelle, comprend les étapes suivantes, qui font suite à l'état de veille ordinaire : (4) (117)

- L'entretien initial
- L'induction
- La dissociation
- L'état hypnotique
- Les suggestions
- Le réveil ou réassociation

#### **1.4.1.1 La veille ordinaire**

La veille ordinaire est un état de vigilance qui convient aux activités du quotidien. Cet état est caractérisé par l'exercice de la logique, de la raison, de l'intellect et se nourrit également des informations transmises par les sens (la vue, l'ouïe...). A cette étape, l'intellect et le contrôle recouvrent et prennent l'avantage sur la perception, qui reste sous jacente. (102)

#### **1.4.1.2 L'entretien initial**

L'entretien initial est une étape primordiale pour la réussite de l'hypnose : la méthode doit être présentée d'une manière professionnelle, pour éliminer les peurs ou les idées fausses sur l'hypnose : la perte totale de contrôle, la soumission de la volonté, la perte du libre arbitre. (2)

Il permet au praticien, comme avant tout acte thérapeutique, de réaliser une observation clinique de son patient, d'examiner son passé médical et dentaire, et de faire une approche de son profil psychologique, afin d'y adapter la technique hypnotique. (4)

### **1.4.1.3 L'induction**

C'est la première phase du processus hypnotique, elle consiste à guider le patient vers l'état hypnotique et ainsi permettre l'utilisation des suggestions. Elle a pour objectif de déplacer l'attention du patient ailleurs, vers une image, un son, ou encore sa respiration. (20) (87) La durée de cette phase est variable, de quelques secondes à plusieurs minutes. (76)

Une relation particulière est obtenue entre les deux protagonistes lors de l'induction, permettant d'obtenir une hyper concentration du patient pour favoriser l'ouverture sur une réalité interne. (2)

Durant l'induction, le patient est amené vers l'état de transe. (87) Plusieurs signes physiques peuvent montrer l'entrée du patient dans la transe hypnotique, comme une diminution de la déglutition, un regard fixe, ou le relâchement des muscles de la face. (58)

#### **Les techniques d'induction**

Les techniques d'induction ne sont pas strictement codifiées du fait qu'elles s'adaptent à chaque sujet. Voici quelques exemples de techniques qui peuvent être appliquées : (18) (116)

- Adapter le ton de la voix : baisser l'intensité, prendre une voix monocorde, insérer des pauses dans le discours. Cela permet au patient de se concentrer.
- Adapter le rythme de discours à la respiration du patient : parler sur l'expiration du patient accentue l'attention de celui-ci vers le discours du thérapeute.
- Utiliser les comportements du patient : l'utilisation des comportements non verbaux du patient sont décrits à haute voix par le thérapeute et permettent d'instaurer un climat de confiance individualisé.
- Utiliser des suggestions indirectes donc plus respectueuses des besoins et des résistances du patient.
- Utiliser les valeurs du patient : le thérapeute emploie les goûts et centres d'intérêts du patient pour l'amener vers des expériences agréables.
- Donner des permissions : l'important est de ne pas imposer, de permettre au patient d'utiliser ses propres expériences. Ainsi au lieu de dire au patient « détendez-vous, respirez tranquillement » on préfère une phrase du type « lorsque vous le désirerez vous pourrez vous détendre, à votre rythme ».
- Utiliser le principe de dissociation : à l'aide de phrase comme « vous pouvez entendre les bruits de

l'extérieur et vous concentrer sur ce qui se passe à l'intérieur de vous ».

- Utiliser la relaxation progressive par laquelle les différentes parties du corps vont être décontractées, les unes après les autres. Grâce à ce type de décontraction, on obtient spontanément un état de transe légère que l'on va ensuite pouvoir intensifier. (87) Le patient peut être invité à se concentrer sur les muscles de son visage et à décontracter chaque groupe musculaire ; la respiration et son contrôle sont très importants dans toute relaxation ; le praticien répètera souvent ce « leitmotiv » : votre respiration est calme et régulière. (26)

D'autres inductions sont possibles, comme la catalepsie, la lévitation du bras, la restriction des champs perceptifs entre le milieu extérieur et les sensations intérieures, etc. (127)

Dans tous les cas, le praticien cherche à capter et fixer l'attention du patient afin qu'il se détache des éléments extérieurs et se focalise sur lui-même. Il peut ainsi mettre de côté le contrôle, la logique, l'analyse, la critique, et se « déconnecter » progressivement. (127)

L'induction prépare donc l'entrée dans le processus hypnotique. La communication et ses outils en sont toujours la clef. Les outils proposés ont pour but d'amener le patient à s'ouvrir à d'autres perceptions sensorielles. C'est cette focalisation sur une perception à la fois qui permet le passage vers la phase de dissociation. (20)

#### **1.4.1.4 La dissociation**

Cette phase fait suite à l'induction. Le patient se dissocie progressivement de ses perceptions sensorielles : il entend moins, il voit moins, il ressent moins, il perd la notion du temps et de l'espace. L'exercice de la dissociation le défait de la perception de son corps mais également de ses croyances, et même de ses peurs. (6)

Le patient devient engourdi et immobile, ceci s'observe surtout au niveau des doigts ; le corps se laisse aller, le patient peut lâcher prise. (58)

#### **1.4.1.5 L'état hypnotique**

La bascule dans l'état hypnotique se fait quand la réalité interne du patient devient plus importante pour lui que la réalité externe. Le patient s'occupe moins de l'extérieur et se tourne donc vers l'intérieur. Les stimuli externes perdent de leur importance. (4)

Sorti de ce cadre conscient, le patient change son orientation à la réalité, s'ouvre à de nouvelles ressources, possibilités d'évolution jusque-là inconscientes. Des compétences personnelles se développent : créativité, imagination, ressources de changement, accès à des savoirs, connaissances... Le patient reste tout à fait conscient, mais privilégie sa réalité interne. (110)

Statistiquement, le patient sort de l'hypnose au bout de vingt minutes si l'hypnothérapeute ne l'entretient pas. (4)

Parfois un approfondissement de la transe doit être réalisé pour une anesthésie ou une analgésie (95) : les techniques sont là encore nombreuses. L'état hypnotique du patient va pouvoir être intensifié en lui demandant par exemple de compter ou de se représenter qu'il descend un escalier où, à chaque marche, il se sent de plus en plus détendu. Il est à ce moment tellement plongé dans ses pensées, qu'il en oublie le reste. (110)

Lorsque l'état hypnotique est atteint, il n'y a plus de limitations causées par la logique et la raison ; la personne est libre d'entrer en relation avec tout son corps. Le patient se trouve alors plus réceptif aux perceptions et le praticien peut lui proposer des idées à visée thérapeutique, les suggestions. Elles feront voyager le patient dans ses savoirs et ses expériences passées. (102)  
Les suggestions sont acceptées ou rejetées par le patient qui reste libre de ses choix. (20)

#### **1.4.1.6 Les suggestions**

Elles sont les vecteurs principaux de l'hypnothérapie. Le choix des suggestions et de leur contenu joue un rôle important dans la détermination de l'état et de la relation hypnotique. Le thérapeute, par la prise en compte des réactions comportementales et subjectives du sujet, pourra en choisissant les suggestions, intervenir activement sur l'orientation de la relation thérapeutique. (86)

Les suggestions vont utiliser tous les canaux de la communication, elles peuvent être verbales ou non verbales (mouvement, positionnement, silence...) (31) ; directes ou indirectes. (20)

##### **1.4.1.6.1 Directes**

Les suggestions directes sont les plus simples. Elles indiquent clairement les intentions du thérapeute et prennent parfois une allure directive, voire autoritaire. Le thérapeute exprime verbalement ou non ce qu'il souhaite voir se produire dans le comportement du patient, par exemple : « fermez les yeux », « vous dormez ». (110)

La ratification est assimilable à une suggestion directe. Elle consiste à observer ce qui se passe et à le signifier quand c'est utile. Par exemple le thérapeute voit le patient prendre une respiration profonde et dit : « vous pouvez respirer profondément ». Ces suggestions permettent de rassurer le sujet, d'amplifier la transe, de favoriser la dissociation et le « lâcher-prise ». (110)

##### **1.4.1.6.2 Indirectes**

Les suggestions indirectes ont un objectif précis, mais qui n'est pas clairement formulé au

patient et échappe donc à son contrôle conscient. (110) Par exemple « peut-être que dans quelques minutes vous allez avoir envie de dormir ». (4)

Elles sont décrites comme des stratagèmes cachés dans le discours du thérapeute, qui favorisent le contournement des résistances. (31)

Il existe plusieurs types de suggestions indirectes, nous pouvons citer : (110)

- L'allusion : elle favorise les associations psychiques dans une direction souhaitée par le thérapeute. Par exemple évoquer l'air marin permet au patient angoissé de mieux respirer. (110)

- La suggestion métaphorique : la métaphore peut prendre la forme d'une image, d'une histoire, d'un proverbe, d'une anecdote, d'une citation, d'un mythe, d'un conte...

Par exemple pour diminuer la quantité de salive : on fait imaginer au patient qu'il ferme un robinet sans aucune difficulté, et qu'au fur et à mesure qu'il ferme ce robinet le débit de l'eau qui en sort est de moins en moins important. (4)

- Le questionnement : autre façon indirecte de suggérer une pensée, un comportement, une sensation. (110)

- Le saupoudrage : consiste à glisser dans un discours apparemment anodin des suggestions indirectes visant à faciliter une détente. (110) Il s'agit d'accentuer les mots positifs de protection, de sécurité et de bien-être dans le discours, comme " le calme, la détente, le confort ", qui seront perçus par l'inconscient du sujet. (115)

Chez l'enfant, pour faciliter l'entrée de celui-ci dans la suggestion, le protoxyde d'azote peut être utilisé. (46) (96)

Nous sommes tous suggestibles, c'est à dire que nous avons tous la capacité d'accepter les suggestions. En état d'hypnose nous le sommes encore plus du fait que notre esprit est plus concentré. (118)

Pour être efficaces les suggestions doivent être individualisées et tenir compte du contexte et des représentations du patient. (82)

#### **1.4.1.7 Le réveil ou réassociation**

C'est la dernière étape du processus hypnotique. Comme le réveil et le sommeil ne sont pas en

rapport avec l'hypnose, cette étape est aussi appelée « réassociation », en réponse à la dissociation. Elle permet de passer de la réalité interne à la réalité externe. Elle doit être lente et sereine. Le patient sort de l'état hypnotique dans une confusion due à la dissociation corps-esprit. Il est donc très important que l'hypnothérapeute accompagne pas à pas le patient dans cette réassociation. Celle-ci peut se faire par un décompte de dix à zéro, au cours duquel le thérapeute donne des suggestions de détente, de repos et de bien-être. (102) Le patient doit redéfinir son corps et ses sens dans le contexte de la réalité extérieure, à son rythme, sans aucune précipitation. (4)

Lors de la sortie de l'état hypnotique le thérapeute prend soin de permettre à la personne de raconter son vécu de la séance, en effet le patient donnera des informations qui permettront d'adapter au mieux les techniques lors des séances ultérieures, mais aussi il livrera des indications capitales quant à sa psychologie. Ne pas être à l'écoute de ces informations pourrait altérer la confiance nécessaire à la pratique de l'hypnose. (116)

La séance d'hypnose va donc se construire à travers une attention particulière du thérapeute vis-à-vis de son patient. (140) Cela nous permet de comprendre que les séances ne sont pas standardisées mais personnalisées. Leur construction tient compte non seulement de la personnalité du patient, de son contexte de vie, de son problème, du type de relation qu'il établit avec le thérapeute, de sa demande, de l'image qu'il donne du problème, mais aussi de ce qu'il vit au fur et à mesure de la séance. Tout cela met en évidence que la pratique de l'hypnose ouvre sur l'art de la communication et ne peut pas être une juxtaposition de techniques. (21)

## **1.4.2 La communication hypnotique**

Il faut attendre la deuxième moitié du XXème siècle, avec les travaux d'Erickson, pour que se mette en place une véritable réflexion sur la forme de la communication hypnotique. Avec Erickson la communication d'influence n'est plus fondée ni sur l'emphase ni sur l'affrontement, mais sur différentes techniques de communication dont certaines renouent avec la rhétorique. L'objectif de cette communication, qui prend souvent appui sur des techniques d'influence indirectes, est essentiellement de fournir un moyen permettant de limiter les résistances du patient et de faciliter son engagement dans la suggestion et la thérapie hypnotique. (86)

La communication hypnotique est encadrée par des principes destinés à assurer et favoriser l'induction :

### **1.4.2.1 Le langage**

Le praticien doit repérer le langage verbal du patient et va harmoniser sa façon de s'exprimer avec celui-ci. Cette harmonisation se fait en utilisant les mots du patient.

Le praticien doit également repérer le langage non verbal : la posture, l'expression du visage, les gestes qui accompagnent le discours, les rythmes respiratoires qui vont confirmer ou infirmer le verbal.

Savoir décrypter ces signaux non verbaux, souvent inconscients chez un patient, permet au soignant de mieux communiquer avec celui-ci en s'adaptant à son mode de communication. (31)

#### **1.4.2.2 Les suggestions**

Les suggestions doivent être simples, ouvertes et faciles à suivre ; il ne faut pas hésiter à utiliser certaines techniques de répétition, et à fournir des suggestions indirectes sécurisantes pour le patient.

(87)

#### **1.4.2.3 La voix**

En hypnose la voix du praticien constitue, pour le patient, le lien le plus immédiat avec l'extérieur. Elle est marquée par : (104)

- L'intonation, les nuances qui sont de préférence basses. Le timbre est grave.
- Le rythme, il est lent et accompagne la respiration.
- Les pauses et silences. Les pauses doivent respecter le rythme respiratoire du sujet. On parle sur l'expiration du patient. Il ne faut pas craindre de couper une phrase. Un silence a pour but de renforcer l'attente ou bien de permettre au patient d'accomplir la tâche qui lui est proposée. Cependant, une phrase non terminée peut devenir une suggestion ouverte ou même prendre un autre sens.
- L'orientation : vers une partie du corps, vers un point extérieur.

La voix doit être monotone et douce mais également ferme lorsque le praticien veut insister sur quelque chose.

#### **1.4.2.4 La négation**

Le praticien doit essayer de bannir la négation de son langage car le subconscient ne l'entend pas. En effet, le meilleur moyen pour demander à quelqu'un de penser à quelque chose est précisément le fait de lui demander de ne pas y penser. Lors des soins dentaires, les praticiens qui souhaitent rassurer le patient ont pour habitude de dire “ n'ayez pas peur ”, “ ça ne fera pas mal ” or, ces phrases vont engendrer l'effet inverse, ce sont des injonctions paradoxales. (31)

Il est judicieux d'éviter les mots à connotation négatives et il est préférable d'utiliser des mots qui favorisent une réalité différente de la réalité douloureuse comme “ une agréable sensation de fraîcheur

se répand, une sorte d'engourdissement se développe...” Il s'agit d'utiliser des termes positifs. (31)

#### **1.4.2.5 Les canaux sensoriels**

Toute personne dispose naturellement d'un ou plusieurs canaux sensoriels sélectifs servant à recevoir de manière préférentielle les informations du monde extérieur et de la communication. L'acronyme VAKOG regroupe les cinq sens par lesquels l'homme peut percevoir son environnement : la Vision, l'Audition, la Kinesthésie (les sensations), l'Olfaction et la Gustation. Le diagnostic sensoriel de l'échelle VAKOG consiste à repérer ces canaux sensoriels préférentiels du patient. Les messages perçus par ces canaux sont ainsi intégrés de manière plus efficace et la communication hypnotique s'en trouve améliorée. Le thérapeute doit détecter les préférences sensorielles du patient en l'écouter et en l'observant. (110)

Nous développerons l'utilisation de cette technique en deuxième partie.

### **1.5 Différentes pratiques hypnotiques**

#### **1.5.1 Hypnoanalgésie**

L'hypnoanalgésie est la pratique de l'hypnose qui a pour but de modifier et soulager une douleur. (33)

Elle peut venir en complément de la prise en charge et de la prévention de la douleur provoquée par les soins. Elle s'utilise seule ou en association à un anesthésique local, à des antalgiques et/ou des anxiolytiques, au mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote (MEOPA) ; elle peut être utilisée pour la prise en charge des douleurs aiguës ou chroniques. (9)

Cette pratique permet au patient de modifier sa perception de la douleur, de la remplacer par une sensation plus agréable ou encore de la déplacer dans son corps ou ailleurs. Ce déplacement des sensations peut être utilisé lors de soins pour mobiliser une anesthésie sur plusieurs sites et permettre de réduire les doses employées. (30) (55)

Les suggestions proposées dans le cadre de l'analgésie tendent donc à éloigner, à transformer et à réduire les sensations douloureuses tout en modifiant l'expérience émotionnelle associée à la douleur. (80)

Les suggestions peuvent être des suggestions directes d'anesthésie (corps cotonneux, pommade anesthésiante, anesthésie en gant, interrupteur de la douleur...) ou des suggestions dissociatives, qui éloignent de la douleur (imaginer qu'une partie du corps ne fait plus parti de soi, transférer la douleur à un autre endroit du corps...). (78)

### **1.5.2 Hypnosédation**

L'hypnosédation désigne l'usage de l'hypnose en anesthésie, soit en remplacement total des produits couramment employés, soit comme adjuvant à des produits anesthésiants utilisés à dose si minimale que, sans l'hypnose « en renfort », le patient ne pourrait supporter l'opération qui justifie une anesthésie. (18)

Elle permet la réalisation d'actes chirurgicaux courts, avec un recours possible au MEOPA, à de très faibles doses de morphiniques ou d'hypnotiques ou à une anesthésie locorégionale, qui viendront renforcer l'état de bien-être et de confort recherché. (9)

L'utilisation du MEOPA associée aux techniques hypnotiques se développe de plus en plus. Il semblerait que l'association MEOPA/ techniques d'hypnose soit plus efficace que l'utilisation de MEOPA seule. (84) (128) Celui-ci potentialise l'hypnose et inversement. (78)

L'hypnosédation a été utilisée dans le service de stomatologie de l'hôpital Robert Debré notamment dans les cas de soins dentaires sur des enfants anxieux, phobiques ou encore handicapés. Le succès de cette méthode est de 95 % selon différents critères. (43)

Si cette technique est très développée en Belgique par le Docteur Faymonville, elle reste assez limitée dans les hôpitaux français. En effet l'utilisation de l'hypnosédation requiert une organisation importante dans laquelle tous les acteurs gravitant autour du patient participent à la mise en oeuvre de cette technique. (22)

### **1.5.3 Hypnothérapie**

L'hypnothérapie est la pratique de l'hypnose dans un but et un cadre psychothérapeutique. (33) Elle implique une intervention thérapeutique par le thérapeute et le patient lui-même, et nécessite l'apprentissage des techniques hypnotiques. Dans l'hypnothérapie le patient est dans un état de vigilance modifié une partie du temps de la séance. (94)

### **1.5.4 Hypnose conversationnelle ou informelle**

Développée par Milton H. Erickson, l'hypnose conversationnelle est une façon différente de communiquer, en utilisant les « bons mots », les bonnes phrases. (22) Elle consiste à mobiliser l'inconscient du sujet tout en conversant avec lui. (74)

Elle peut s'utiliser lors d'inductions anesthésiques, dans la réalisation de soins courts, pour réduire l'anxiété ou la douleur. (22)

C'est la méthode la plus utilisée en cabinet dentaire du fait de sa rapidité d'exécution et de son efficacité avec le plus grand nombre de patients. (58) Elle s'apparente à la distraction, on l'utilise

davantage avec les enfants. (74)

L'hypnose conversationnelle s'appuie sur un état de transe hypnotique légère que l'on obtient grâce à une communication (mélange de suggestions, d'humour, d'images métaphoriques, de confusions de langage et d'éléments de dissociation) ne nécessitant pas de phase d'induction. Le patient est l'acteur central : il est nécessaire de l'écouter, d'observer son langage verbal (mots utilisés, expressions), non verbal (gestes, attitudes, expressions faciales) et paraverbal (ton de la voix, intonation), afin d'adopter le même rythme que lui dans le but de favoriser un environnement de confiance. (93)

La mise en place de l'hypnose conversationnelle s'avère relativement aisée car il n'y a pas à expliquer l'hypnose ni à établir un cadre et un contrat. (103)

En hypnose conversationnelle, les phénomènes décrits classiquement ne sont plus systématiquement recherchés et la séance se contente de provoquer, par l'intermédiaire de la relaxation, l'apparition d'un état d'esprit particulier accompagné d'un certain détachement vis-à-vis de l'environnement, dans lequel le patient " fonctionne " différemment, plus spontanément, et s'abandonne à son imagination et à sa fantaisie. (93)

### **1.5.5 Hypnose formelle**

Son mode d'application ne diffère pas sensiblement de l'hypnose informelle mais elle nécessite une transe plus profonde par l'utilisation de suggestions plus précises. Elle est notamment utilisée en chirurgie buccale mais elle est difficilement applicable, seuls 20% de la population auraient un seuil hypnotique suffisant pour l'atteindre. (23)

### **1.5.6 Auto hypnose**

L'autohypnose est l'apprentissage de l'hypnose par un patient dans un premier temps avec un hypnopraticien, afin d'utiliser de façon autonome cette pratique. (33)

Il existe des techniques de base d'autohypnose que chaque patient va s'approprier pour construire sa propre séance d'autohypnose. Cette séance sera différente de celle d'un autre patient, car construite en fonction d'un but, d'une personnalité et de ressources particulières. (32)

La répétition des séances d'autohypnose aide le patient dans la gestion de ses douleurs, simplement en usant de méthodes simples. Par exemple, le thérapeute peut demander au patient de s'installer confortablement sur une chaise, de porter son attention sur les bruits alentours tout en fermant les yeux, puis d'écouter sa respiration et la façon dont cette dernière met le haut de son corps en mouvement. Enfin, il est proposé au patient de se répéter intérieurement, au moment de l'expiration, une phrase comme « je respire, tout mon corps respire, mon corps est détente et respiration ». Cet exercice peut être répété tous les jours si nécessaire, en tout cas chaque fois que le

patient en ressentira le besoin. Le bénéfice antalgique de l'autohypnose est aujourd'hui documenté.  
(17)

## **1.6 Applications cliniques de l'hypnose**

### **1.6.1 Dans le domaine médical**

Les applications de l'hypnose dans le domaine médical sont essentiellement la médecine de la douleur et la gestion des troubles anxieux (du stress à la phobie, en passant par les troubles de l'affirmation de soi ou encore les états de panique). On utilise également l'hypnose à visée de changement des comportements de dépendance, comme le tabagisme ou les troubles de l'alimentation. Mais d'autres applications sont possibles à la fois dans le champ du somatique (dermatologie, gastroentérologie...) et dans celui de la psychopathologie (troubles de la personnalité, troubles de l'humeur...). (19)

L'hypnose peut être proposée comme alternative à l'anesthésie générale pour certaines interventions (thyroïdectomie, ablation de naevus géants ou angiomes, pose de chambre implantable, biopsie musuclaires...). L'hypnose est alors associée à une anesthésie locale avec une installation permettant une anesthésie générale à tout moment. Cela permet des suites chirurgicales significativement améliorées avec une diminution de l'anxiété, de la douleur et une "recupération" plus rapide. (51) (52)

Une étude randomisée incluant 241 patients, menée par le Dr Lang (73), a montré les bénéfices de l'hypnose lors d'un geste douloureux de radiologie invasive (artériographies, ponctions/biopsies, néphrostomies percutanées) notamment sur la quantité d'analgésiques demandée par les patients pour supporter la douleur. Certains des patients avaient été hypnotisés avant l'opération et tous s'auto-alimentaient en analgésique en actionnant une pompe manuelle. À l'issue des opérations, le groupe de patients mis sous état hypnotique avait consommé moitié moins de liquide anesthésiant que le groupe témoin qui avait subi une opération classique. De plus, dans le groupe hypnose, aucun cas d'hémorragie ou bien d'instabilité hémodynamique n'est noté, contre 15 % dans le groupe sous sédation anesthésique classique.

### **1.6.2 Chez l'enfant**

Diverses recherches cliniques ainsi que la pratique mettent en évidence de très bonnes réponses à l'utilisation de l'hypnose chez l'enfant et ceci dans de nombreux domaines : prise en charge de la douleur aiguë ou chronique (douleurs abdominales, maladie de Crohn, arthrose juvénile, douleurs cancéreuses, migraines et céphalées), et plus généralement dans toute pathologie chronique

psychosomatique ou le déclencheur est souvent émotionnel (asthme, dermatose...). L'hypnose est également proposée dans un cadre psychothérapeutique pour diverses indications : stress, phobies, angoisses, crises de panique, dépression, stress post traumatique, troubles du sommeil, hyperactivité, énurésie, encoprésie, anorexie, boulimie, troubles des apprentissages, problèmes scolaires, travail sur l'affirmation de soi...(94) mais également pour la réalisation de soins chirurgicaux, ou ambulatoires. (87)

### **1.6.3 En odontologie**

#### **1.6.3.1 Bénéfices de l'hypnose pour les patients**

La pratique de l'hypnose au cabinet dentaire est particulièrement intéressante pour les patients dans la gestion de l'anxiété et de la douleur. Elle permet de réaliser des soins, d'obtenir un suivi et de mieux prévenir l'apparition de pathologies de la cavité buccale chez des patients qui avaient délaissé les soins dentaires par peur du chirurgien-dentiste. (76)

Cette thérapie de plus en plus utilisée par les chirurgiens-dentistes permet d'obtenir un véritable confort du patient qui retrouve calme et confiance, facilitant la prise en charge des problèmes comportementaux, des paramètres physiologiques et des habitudes inappropriées. (68)

##### **1.6.3.1.1 Gestion de l'anxiété**

Il s'agit de l'indication principale de l'hypnose en médecine bucco-dentaire. (52) La peur et l'angoisse associées aux soins dentaires sont des obstacles au bon déroulement des soins, voire des facteurs d'évitement des soins dentaires. (91) Cette anxiété face au chirurgien-dentiste s'explique en partie par la peur de la douleur générée le plus souvent par des expériences précédentes douloureuses et traumatisantes. (68)

L'induction de l'état hypnotique permet la relaxation musculaire et trouve ainsi son efficacité en brisant le cercle crainte – douleur – tension musculaire. (84)

Elle permet le traitement des craintes particulières telles que la piqûre, le bruit de la turbine etc... La phobie dentaire peut également être traitée avec succès chez des patients ayant eu des expériences antérieures négatives par modification du souvenir en une expérience positive. (131)

En agissant sur l'attention et sur la modification des sensations, elle peut répondre aux facteurs anxiogènes en permettant l'utilisation de l'anesthésique local ou en s'y substituant complètement. (72) Elle est également efficace pour anticiper et contrôler les affects liés à l'événement anxiogène, ou comme technique intégrative d'un vécu traumatique. (112)

Deux catégories de patients peuvent se distinguer en fonction de l'importance de leur anxiété : le

patient appréhendant les soins ou présentant une anxiété modérée mais qui accepte habituellement les soins, et le patient très anxieux qui refuse de se faire soigner ou dont la prise en charge est très difficile. (76)

- Dans le premier cas, le praticien peut pratiquer une hypnose conversationnelle ou formelle et commencer les soins dans la séance. Généralement, chez 90% des patients appréhendant les soins, la relation d'écoute et de respect acquise par l'hypnose conversationnelle suffit pour détendre le patient, l'hypnose formelle n'est donc plus indiquée. (76)

- Dans le deuxième cas, le praticien utilise préférentiellement l'hypnose formelle et consacre une première séance d'hypnose avec induction d'une transe mais sans réalisation de soins. Cela permet au patient de faire l'expérience de la transe, d'explorer un lieu de sécurité et de se rassurer pour les prochaines séances. (26) (132)

L'hypnose s'adresse donc principalement aux patients anxieux ou angoissés, permettant notamment de faciliter les séances ultérieures. (4) (103)

#### **1.6.3.1.2 Gestion de la douleur**

La douleur, qui motive la plupart des consultations urgentes au cabinet dentaire, est la plupart du temps accompagnée d'une anxiété importante, parfois disproportionnée, mais toujours réelle. L'utilisation de la stratégie hypnotique a pour but d'obtenir une dissociation de l'esprit facilitant la gestion des composantes émotionnelles de la douleur, celles-ci étant particulièrement intenses lorsqu'elles sont reliées à une douleur d'origine buccale. (121)

Pour Benhaiem (12) l'hypnose thérapeutique dans le champ de la douleur 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.”

#### **1.6.3.1.3 Gestion du saignement**

L'hypnose peut aider à réduire le saignement de la zone sous traitement. (56) Les suggestions hypnotiques directes permettent de diminuer le saignement au cours de soin d'environ 30%. Cette réduction serait due à la baisse de la tension artérielle lors de l'état hypnotique. (48) Ainsi l'expérience de soins est moins traumatique pour le patient et la visibilité meilleure pour le praticien. (131)

#### **1.6.3.1.4 Acceptation d'une prothèse**

La prothèse est un corps étranger inclus dans le corps humain. Le patient doit l'intégrer comme

faisant partie de son propre corps pour qu'elle soit bien tolérée. (61)

Le patient peut ressentir un flux de salive trop important en portant sa prothèse. Ceci n'est pas influencé par une action intellectuelle délibérée, il n'est pas contrôlé et peut donc être affecté par une suggestion, par exemple, une image ou une histoire. (57)

L'hypnose a également été associée à la relaxation pour gérer le réflexe nauséeux des patients lors du port d'une plaque base en résine maxillaire. Cette technique a donné de bons résultats dans l'éradication partielle ou complète du phénomène. (16)

#### **1.6.3.1.5 Alternative à l'anesthésie locale**

Selon Kleinhaus et Eli (72), l'hypnose peut être une alternative de choix à l'anesthésie locale. Elle permet de réaliser sans anesthésie associée, de nombreux actes tels que le curetage d'une carie, une extraction et même un traitement endodontique.

La technique employée est bien codifiée : une fois l'induction réalisée, l'anxiété du patient diminue et son seuil de tolérance à la douleur augmente. Il est alors susceptible à recevoir des informations qui permettront de le soigner. Les suggestions thérapeutiques sont à la fois verbales et non verbales et tendent à moduler la sensation de douleur et l'inconfort qu'il lui est associé. Le praticien teste par contact la sensibilité de son patient, en lui répétant qu'il sent une légère pression et que celle-ci peut lui être agréable.

Lors du soin, le chirurgien-dentiste veille à ne pas perdre le contact verbal avec son patient, il doit utiliser des suggestions dirigées vers l'analgésie, mais également vers le contrôle d'autres fonctions comme le saignement ou la salivation. (72)

#### **1.6.3.2 Bénéfices de l'hypnose pour le praticien**

L'hypnose offre de nombreuses perspectives dans l'amélioration des conditions de travail pour le praticien :

- La possibilité de réaliser des soins pénibles lors de séances plus longues dans des conditions plus confortables. (103)
- La lutte contre la monotonie de certains actes routiniers par la favorisation de la créativité. (183)
- L'amélioration de l'ambiance générale du cabinet. Le travail se déroulant dans le calme et l'harmonie, les conflits sont minimisés. (116)
- L'amélioration du confort facilitant le bon déroulement des séances de soins futures, notamment chez les enfants. (3)
- L'implication nécessaire de l'assistante dans la démarche hypnotique est une source de satisfaction au travail. (103)
- L'alliance thérapeutique est augmentée favorisant l'acceptation et la réussite des plans de

traitements. (93)

- Le praticien et l'assistante peuvent profiter en même temps que le patient des avantages d'une hypnose positive. Les suggestions faites au patient opèrent également sur ceux qui les entendent et permettent ainsi une détente générale favorisant un travail plus serein. (109)

- Le praticien peut soigner ses patients dans le calme et la sérénité. Ainsi, il devient plus facile pour le praticien d'obtenir la coopération du patient, d'une part, et de dispenser ses soins sans stress, d'autre part. (26) (118)

- Le praticien ménage ainsi sa santé aussi bien physique que mentale, et préserve sa vie personnelle de la fatigue et de la tension résultant de sa vie professionnelle. (103) En effet, la profession de chirurgien-dentiste est soumise à un fort taux de burn-out, dû au stress lié à la fonction : la pluridisciplinarité, la charge de travail, la pression économique, la gestion du cabinet, les relations interprofessionnelles, les postures et le manque de récupération. (15)

La fréquentation et le traitement quotidien de personnes anxieuses, tendues et crispées, finissent également par causer un stress prolongé pour le chirurgien-dentiste, ce qui peut avoir des répercussions, non seulement sur la qualité des soins, mais aussi sur le propre équilibre du praticien. (26) (118)

- La pratique de l'autohypnose peut permettre au praticien de s'octroyer quelques minutes par jour de relaxation ; lui permettant d'évacuer le stress afin de repartir avec une meilleure énergie. Des techniques de récupération sont également possibles, afin de se remettre d'un stress chronique. (109)

Ainsi l'hypnose apporte une meilleure qualité de vie au chirurgien-dentiste (26) (118), son recours peut être le moyen de gérer les aspects négatifs de la profession (15), et contrairement aux idées reçues l'hypnose ne nécessite pas plus de temps, à l'exception parfois d'une première séance spécifique. Elle peut même permettre d'en gagner par la suite car le patient retrouve de plus en plus rapidement l'état hypnotique. (76)

### **1.6.3.3 Indications et contre indications de l'utilisation de l'hypnose en odontologie**

#### **1.6.3.3.1 Indications**

Comme nous venons de le voir l'hypnose possède de nombreuses applications en odontologie et est ainsi indiquée dans les cas suivants : (15) (109)

- Anxiété: indication principale, car très souvent rencontrée chez les patients et handicapante pour le bon déroulement d'une séance de soins dentaires. (voir 1.6.3.1.1)

Par le contrôle de l'anxiété, l'hypnose permet le traitement des habitudes orales inappropriées : bruxisme, succion, onychophagie, tics ; mais également le contrôle du réflexe nauséux.

- Douleur : utilisation de l'hypnoalgésie, en préparation à l'anesthésie « classique », diminution des douleurs post-opératoires, soulagement des syndromes douloureux chroniques comme les algies faciales. (voir 1.6.3.1.2)

-Contrôle de la salivation et des hémorragies (voir 1.6.3.1.3 et 1.6.3.1.4)

-Contrôle des lipothymies ou évanouissements lorsqu'ils sont liés à l'anxiété et/ou la douleur.

### **1.6.3.3.2 Contre-indications**

Les principales contre-indications : (110)

- Personnes avec des problèmes psychiatriques (névrotiques, psychotiques)
- Patient craignant la technique
- Patient se soumettant au traitement sous la pression d'un tiers
- Patient exprimant son refus d'une prise en charge sous hypnose
- Enfants de moins de 3 ans

La reconnaissance de ces contre-indications demande une éducation psychologique importante : le praticien doit pouvoir distinguer rapidement une personnalité normale d'une personnalité pathologique. (110)

L'hypnose est un acte médical qui doit être pratiqué par des praticiens formés et dans le cadre exclusif de leur spécialité. Ils doivent connaître leurs compétences afin de ne pas dépasser leurs limites. (11)

## **1.7 Les formations à l'hypnose**

Le regain d'intérêt actuel pour l'hypnose a conduit à la création de nombreuses formations. Ces formations comprennent un enseignement théorique et pratique qui permet dans un premier temps au praticien d'utiliser l'hypnose en pratique courante. Vient ensuite un approfondissement des connaissances et champs d'applications. (4)

Il existe deux grands types de formation, la formation universitaire et la formation privée.

### **1.7.1 La formation universitaire**

Cette formation amène à l'obtention d'un Diplôme Universitaire (DU). Elle n'est disponible que dans une dizaine de facultés de Médecine en France. L'objectif principal est d'acquérir les compétences nécessaires à l'utilisation de l'hypnose dans sa pratique clinique. Pour cela, des travaux

dirigés ou des temps d'exercices pratiques sont envisagés dans chaque D.U.

Les D.U. ne sont pas exclusivement ouverts aux chirurgiens-dentistes, mais à l'ensemble des professions médicales et parfois paramédicales, les programmes ne sont donc pas ciblés sur l'utilisation de l'hypnose en odontologie.

### **1.7.2 La formation privée**

Cette formation est proposée par de nombreuses associations et organisations : l'AFEHM (association française pour l'étude de l'hypnose médicale), l'IFH (institut français d'hypnose), Hypnoteeth (association francophone d'hypnose dentaire)... Ces formations sont dispensées sur une durée totale d'un an, en 10 à 12 jours répartis en modules de 2 à 3 jours. (4)

## Deuxième partie

### L'hypnose et l'enfant

Bien qu'il n'existe encore qu'un nombre limité de thérapeutes utilisant l'hypnose chez l'enfant, cette technique est en plein développement, grâce notamment à une meilleure information via les études scientifiques actuelles qui soutiennent l'usage de l'hypnose dans le champ de la pédiatrie, et également grâce aux formations qui permettent aux soignants d'utiliser les techniques hypnotiques. (126)

L'enfance est la période de la vie humaine qui va de la naissance à l'adolescence. (75)  
Pour ce travail nous considérerons la limite d'âge de l'enfant à douze ans, âge moyen de la puberté et donc du début de l'adolescence.

#### **2.1 Pourquoi utiliser l'hypnose chez l'enfant**

##### **2.1.1 L'enfant et l'imaginaire**

Les enfants ont cette facilité à se plonger dans un royaume imaginaire ; leur imagination est spontanée et créative et de fait ils sont globalement plus réceptifs à l'hypnose que les adultes. (124)  
Le travail en hypnose restitue à la vie imaginaire sa place, celle-ci est précieuse dans la construction de la personnalité de l'enfant ; c'est dans cet espace de jeu, de fantaisie que l'enfant peut entrer dans une dynamique de création. L'hypnose revêt pour les enfants une dimension ludique importante qui leur est coutumière. (31)

Les enfants sont dans un monde où ils ont l'habitude des suggestions de la part des adultes qui les guident (faire telle chose, apprendre telle autre...). Cette modalité de communication leur est donc très familière et ils ont l'habitude de la « bascule » entre imaginaire et réalité. (31) C'est pourquoi ils possèdent une suggestibilité importante, une facilité naturelle à entrer en transe, et ainsi ne présentent généralement pas de résistance aux suggestions hypnotiques. (76)

##### **2.1.2 L'âge et l'hypnotisabilité**

Les différentes études concernant l'hypnotisabilité en fonction de l'âge montrent la présence chez les sujets jeunes d'un fort taux de sujets hypnotisables. (116)

Morgan et Hilgard (89) ont étudié la susceptibilité hypnotique en fonction de l'âge sur un échantillon de 1232 sujets. Ils obtiennent un maximum de susceptibilité pour la tranche d'âge 9-12 ans, puis observent une régression progressive du niveau de susceptibilité hypnotique. Ces résultats sembleraient liés à des modifications en profondeur de l'attitude par rapport aux suggestions. Pour l'enfant, la suggestion est parfaitement acceptable, et même enviable : c'est l'espace du jeu et du rêve, elle n'entraînerait donc aucune résistance particulière. (87) Les enfants qui se situent dans cette tranche d'âge peuvent se concentrer, être absorbés et entrer en transe hypnotique beaucoup plus facilement que les adultes. Ils peuvent alors accepter de fermer les yeux, de rester calme, immobile, et d'utiliser leurs propres histoires et leur créativité. (126)

### **2.1.3 Une relation différente en hypnose**

L'hypnose possède l'avantage, lorsque la relation « traditionnelle » entre le praticien et l'enfant a du mal à s'installer, d'instaurer une rupture avec le mode de communication habituel. Cette communication singulière diffère de celle dont l'enfant peut avoir l'habitude face à un professionnel de santé, qui lui parle de lui et de sa douleur. Cette communication éveille souvent son attention, suscite de la curiosité et ouvre un champ de nouvelles possibilités où créativité et imaginaire vont pouvoir panser une réalité parfois douloureuse. L'hypnose est avant tout une nouvelle forme de relation d'aide qui, dans la nouveauté qu'elle confère à la relation thérapeutique, sort déjà l'enfant d'une certaine fatalité douloureuse, ou lui permet en tout cas d'y échapper. (126)

Elle permet de renforcer la relation médecin - patient et stimule considérablement le potentiel d'effort du patient et sa créativité. Elle apparaît donc comme une méthode adaptée et de premier choix pour appréhender l'enfant d'une manière efficace. (115)

Mais l'état hypnotique ne peut être obtenu que chez des enfants coopérants. Ainsi, il faut gagner leur confiance et leur attention ; les enfants très jeunes, très anxieux ou timides sont plus difficilement hypnotisables. (185)

## **2.2 Comment utiliser l'hypnose chez l'enfant**

### **2.2.1 Prérequis**

Il existe des prérequis avant d'utiliser l'hypnose avec les enfants :

- établir une bonne relation thérapeutique (127) ;
- connaître les goûts de l'enfant, ce qu'il aime faire, ses sports et jeux favoris, mais également ses peurs, ses phobies et ses angoisses afin par exemple de ne pas proposer un exercice utilisant la mer ou la piscine en imaginaire si l'enfant a peur de l'eau. (127) ;

- compléter ses renseignements auprès des parents tout en les impliquant dans cette approche (127) ;
- connaître les mots que l'enfant utilise pour décrire sa douleur afin de réutiliser ses propres termes et images;
- s'adapter au canal sensoriel privilégié de l'enfant (visuel, auditif, kinesthésique, gustatif ou olfactif) (127) ;
- être créatif et souple afin de s'adapter aux différents contextes (127) ;
- adapter les techniques d'hypnose à l'âge de l'enfant, autrement dit à son niveau de développement cognitif et à ses préférences (3). L'hypnose peut être utilisée chez les enfants à partir du moment où ils sont dans la capacité de comprendre ce que l'on dit, c'est à dire aux alentours de deux ou trois ans (2) ;
- utiliser la meilleure pratique hypnotique en fonction du contexte ; en pédiatrie on fait volontiers appel à l'hypnose conversationnelle. (22)

## **2.2.2 Relation thérapeutique**

### **2.2.2.1 Relation praticien-enfant**

La relation qui existe entre le patient et le praticien est un aspect fondamental de l'hypnose et un puissant déterminant de l'effet de celle-ci. Il doit en effet exister entre ces deux personnes, un climat de confiance et de sécurité. (127) On peut rappeler l'importance de créer une relation de qualité avec le patient qui passe par la création d'un « effet miroir ». (3)

Le praticien va s'engager avec le jeune patient dans une relation centrée sur ce dernier, il va l'aider à acquérir et à développer des capacités lui permettant de gérer les situations difficiles. (119) Un praticien agressif qui applique une méthode répressive et de contrainte envers l'enfant va provoquer sa crainte, son repli sur lui-même et amener à des comportements négatifs. A l'inverse, s'il l'encourage, le félicite, lui donne des instructions claires et adaptées à son niveau de compréhension, il va nettement diminuer son appréhension. (76)

Le praticien doit faire preuve d'honnêteté : lors d'une anesthésie par exemple, ne pas dire à l'enfant qu'il n'aura pas mal alors qu'il sait que ce geste peut être douloureux, il va, au contraire, lui expliquer que cela peut être un peu désagréable mais qu'après il ne sentira plus rien. (45) (123) Dans cette relation, le praticien doit apporter de l'attention à l'enfant mais ceci dans une certaine mesure afin qu'il n'en devienne pas trop proche. De plus, tisser des liens trop étroits avec lui peut finir par effacer le parent, notamment la mère, amenant à une rupture brutale des soins. (45) (123)

Il est important que le thérapeute se soit informé auprès de l'enfant de ses goûts, ses jeux favoris, ses jouets, ses livres, ses sports favoris, mais également ses attentes. Il s'agit d'éléments dont le praticien pourra se servir lors de la séance. (3) (126) L'adhésion à l'hypnose est meilleure si elle est individuellement adaptée, et si le praticien possède suffisamment d'informations qui vont lui permettre de pouvoir adapter les techniques, d'accompagner de façon optimale et de savoir créer, inventer, en

fonction du matériel présenté. (126) La première approche avec l'enfant, permettant de cibler son profil, est primordiale, afin pouvoir faire référence par la suite aux activités ou objets favoris de l'enfant. (2) Le thérapeute doit se montrer très créatif ce qui n'est pas toujours évident. (128)

Dans un second temps, il s'agit d'adapter tant son mode de communication à celui de l'enfant, que les techniques utilisées. (126)

Il faut donc prendre le temps d'établir une relation de qualité, avec une confiance, une empathie mutuelle. (85)

### **2.2.2.2 Relation praticien-parent**

La présence des parents doit être possible lors de la réalisation des gestes douloureux à chaque fois que l'enfant et sa famille le souhaitent. La détresse de l'enfant est moindre lorsque ses parents sont présents. (7)

Ils sont de précieux partenaires car ils connaissent mieux leur enfant que le praticien et livrent souvent des informations qui aideront à rentrer plus facilement en relation avec le patient (80) : ses goûts, ses intérêts, voire même sa manière de faire face à la douleur. Les parents peuvent ainsi devenir des alliés et aider leur enfant à utiliser l'hypnose. Ils peuvent également participer aux techniques de visualisation ou de dissociation proposées par le soignant. (85)

Il est important d'expliquer aux parents ce qu'est l'hypnose et il ne faut pas hésiter à les conseiller sur leur rôle pendant les soins. Lors du geste, il est souhaitable que les parents conservent avec leur enfant un contact physique et oral, distrayant et rassurant, qui peut être, pour l'enfant, le garant de la bonne qualité des soins qui lui sont prodigués. (7)

En hypnoalgésie, des études ont montré que la présence des parents lors de soins douloureux est importante. Si cette présence est désirée par les enfants et les parents, elle réduit l'anxiété des parents et ne nuit pas aux soins. Ces techniques améliorent la qualité du soin, augmentent les ressources qu'enfants et parents peuvent mettre en oeuvre. En hypnoalgésie, une synergie entre parents et professionnels de la santé sera donc recherchée. (31) En revanche, le praticien ne devra pas hésiter à se montrer ferme avec des parents compromettant le bon déroulement des soins, en étant trop envahissants par exemple. (132)

Durant les séances, quelque soit le tempérament de l'enfant ou des parents, le praticien doit rester calme, ce qui ne veut pas dire permissif mais, au contraire, se faire respecter sans soumettre le jeune patient. (62)

### **2.2.3 Communication avec l'enfant**

L'hypnose est une communication totale, globale où l'important est l'ajustement du soignant à la personne qu'est l'enfant en face de lui. (31)

Nous retrouverons dans cette partie certains principes de communications utilisés également chez l'adulte comme vu au 1.4.2.

Les différentes méthodes de communications utilisées devront être adaptées à l'âge et au développement cognitif de l'enfant comme nous le verrons plus loin.

### **2.2.3.1 Utilisation des métaphores, jeux, contes et histoires**

Il existe différentes clés ouvrant la porte vers l'imaginaire et permettant à l'enfant de mettre en scène les multiples facettes d'une réalité possible : le jeu, les dessins, les contes, dans lesquels il se projette avec toute la force de son imagination pour reconfigurer son monde, changer sa relation aux autres et à soi-même. Ce sont les enfants les mieux placés pour développer l'approche Ericksonienne d'utilisation des métaphores. (18) Le praticien peut ainsi intégrer à la séance d'hypnose métaphores, jeux, contes et histoires. (31)

#### Les métaphores

Les enfants présentent une réceptivité naturelle à la métaphore qui est utilisée en racontant des histoires adaptées et intelligemment associées aux techniques de l'induction et de la suggestion hypnotique. Il y a une créativité partagée où le thérapeute construit une histoire, une métaphore et l'enfant crée un ou plusieurs sens. (11)

#### Le jeu, les dessins

Le jeu et les dessins sont autant de supports métaphoriques, qui en général font naturellement partie de l'univers de l'enfant, le plongent dans un état naturel d'hypnose et le mettent en contact plus amplement avec son imagination. (31)

Le jeu a une fonction essentielle dans le développement et l'épanouissement des enfants. En dehors du plaisir qu'il procure à l'enfant, il nourrit son imaginaire, sa mémoire. (31)

#### Les contes et histoires

Les contes et histoires regorgent d'une grande variété de suggestions et vont permettre de traverser toutes sortes de problèmes. Lorsqu'on observe un enfant qui écoute une histoire ou un conte, on peut remarquer la grande concentration qui apparaît à ce moment-là, et on comprend alors que les contes sont à la fois des moyens d'induire l'hypnose et en même temps de suggérer un changement. (31)

L'histoire utilisée par l'hypnoterapeute est un mélange complexe d'observation, de choses apprises de l'enfant et des parents, elle est unique à chaque fois, puisqu'elle est celle de l'enfant. (116)

De nombreuses stratégies pour créer des métaphores et des histoires sont décrites. Certaines suscitent l'histoire à partir de la propre imagination de l'enfant, d'autres proposent de « se raconter mutuellement » une histoire en changeant et en faisant évoluer cette histoire. Sont utilisées principalement des histoires sur le thème des animaux, les héros de télévision ou bande-dessiné, les schémas de science-fiction, de contes de fées personnalisés...se référant aux activités et objets favoris de l'enfant. (31) (103)

Il faut jouer sur la relaxation et l'imagination de l'enfant, pour cela, l'hypnopraticien va saupoudrer pendant le récit des mots évoquant le bien-être, le calme ou l'analgésie, mais également utiliser des suggestions de préférence indirectes et métaphoriques. (31)

L'important est également de laisser aller la construction de l'histoire métaphorique telle que l'enfant puisse s'y projeter, laisser aller son imagination. (93)

La dissociation recherchée est indispensable pour le déconnecter d'une réalité qu'il craint. En lui racontant une histoire où il pourra se retrouver, l'enfant, projeté dans cet imaginaire, ne se sentira plus comme le seul objet d'investigation. (38)

La douleur et l'anxiété de l'enfant peuvent donc être abordées de façon métaphorique à travers les contes, mais aussi au travers de la création d'une histoire à partir des centres d'intérêt de l'enfant. (94)

### **2.2.3.2 Ajustement au style sensoriel de l'enfant**

Comme vu au 1.4.2.5, l'échelle VAKOG va permettre de repérer les canaux sensoriels privilégiés du patient et ainsi de faciliter la communication hypnotique.

Dans la pratique de l'hypnose une attention particulière va être portée sur le ou les sens que l'enfant favorisent pour appréhender le monde. En effet les différentes techniques d'induction s'appuient sur les voies sensibles d'un ou plusieurs canaux sensoriels : le repérage du canal sensoriel préférentiel de l'enfant, à partir de l'échelle VAKOG, va donc être important car il permet d'orienter vers telles ou telles techniques d'inductions. (31)

L'écoute clinique qui précède l'hypnose va permettre de saisir le mode d'appréhension du monde par l'enfant, et de pouvoir s'y adapter.

#### **a) Repérage du VAKOG**

Nous pouvons repérer le VAKOG de l'enfant de différentes manières :

##### **Les mots et métaphores :**

Le repérage du VAKOG peut se faire en écoutant les mots, les métaphores que l'enfant

emploient ; par exemple un enfant plutôt visuel dira souvent “j'ai vu”, “c'est clair”, “je vois bien ce qui va se passer”. Il est donc important de prêter attention au sens que l'enfant privilégie pour comprendre ce qu'il vit. Si le patient est plutôt visuel, on va privilégier les visualisations dans le travail hypnotique. (126)

#### Les mouvements oculaires :

Lorsqu'on observe une personne qui parle, écoute ou réfléchit, nous pouvons constater que ses yeux bougent parfois très rapidement dans diverses directions. (31)

R Bandler et J Grinder (8) ont établi des corrélations entre certains mouvements oculaires et la préférence sensorielle. Ainsi :

**La préférence visuelle** est caractérisée soit par un regard fixe ou vague, soit par le mouvement fréquent des yeux sur le côté et vers le haut (à droite pour les images « fabriquées » à gauche pour les images « évoquées ou remémorées »).

**La préférence auditive** se caractérise par le mouvement des yeux sur le côté gauche et vers le bas, ou latéralement sur le côté droit pour les sons et mots « fabriqués » et sur le côté gauche pour les sons et mots « évoqués ».

**La préférence kinesthésique** enfin, se caractérise par le mouvement des yeux vers le bas et sur le côté droit.

Les parents peuvent également être une source d'information précieuse concernant la connaissance de l'enfant qui consulte. (3)

#### **b) Application des techniques d'induction après repérage du VAKOG**

Lorsque le praticien a fait le diagnostic sensoriel avec l'échelle du VAKOG, il va pouvoir utiliser des mots issus du registre sensoriel de l'enfant : visuel, auditif, tactile kinesthésique, gustatif ou olfactif.

#### Induction visuelle :

L'hypnoterapeute demande à l'enfant de faire abstraction du monde extérieur et de fixer un point que le patient choisit lui-même, puis de ne pas en détacher le regard pendant quelques instants. La vision deviendra alors floue. Quitter la netteté visuelle permet d'amorcer, d'induire l'hypnose. (31)  
Le praticien peut également évoquer le ciel, la couleur des murs de la pièce, les formes...(115)  
L'image est souvent associée à l'attention sur le corps : la respiration est associée au souffle de l'air, comme pour faire voler les bulles de savon. (53)

### Induction auditive :

Il peut s'agir de la voix du thérapeute, qui pourra par exemple focaliser l'attention de l'enfant sur les sons à l'extérieur et à l'intérieur de la pièce, le bruit de la respiration de l'enfant etc...

L'utilisation de la musique peut également servir d'induction auditive. (31) (104)

### Induction kinesthésique :

Dans cette induction, l'hypnopraticien propose à l'enfant de se concentrer sur ses sensations corporelles, par exemple : « Peux-tu porter attention à la surface de contact de ton corps avec le fauteuil...le poids de ton corps. Tu peux observer de la tête au pied comment tu ressens le contact de ton corps avec ce qu'il touche, comment tu ressens ta tête...le cou... le contact de ton dos...des épaules...des bras sur les accoudoirs...les jambes...les pieds sur le sol. Tu peux ressentir la sensation du passage de l'air dans tes narines, à chaque inspiration... » (31) (103)

### Induction olfactive et gustative :

Le praticien pourra proposer au patient d'inspirer et de sentir les odeurs environnantes pour une induction olfactive, ou de déglutir et de goûter sa salive pour une induction gustative.

(31) (103)

Voici quelques exemples qui peuvent être utilisés chez l'enfant pour les différents canaux sensoriels (115) :

- V : « tu peux voir le ciel dehors, la couleur des murs de la pièce, les formes... »
- A : « tu peux entendre les sons à l'extérieur et ceux de la pièce, ainsi que le bruit de ta respiration »
- K : « tu peux sentir le poids de ton corps sur le fauteuil, tes pieds sur le sol... »
- O : « tu peux prendre une grande inspiration et sentir les odeurs de la pièce... »
- G : « tu peux déglutir et prendre plaisir à goûter ta salive... »

Chez l'enfant, les stimuli peuvent cibler un seul canal sensoriel, et n'ont pas besoin d'être très variés. Les stimulations sensorielles et corporelles permettent généralement de bonnes inductions. (2)

En fait, tout ce que l'enfant « amène » en consultation va être important car pourra être réutilisé. Le repérage du canal sensoriel va donc permettre d'orienter telles ou telles techniques d'induction ou de suggestions tout au long de la séance. Cela permet un ajustement facilité de l'hypnopraticien à son patient. (3)

### **2.2.3.3 Adaptation du langage**

Le langage doit être simple et adapté au patient. Le thérapeute harmonise son langage avec celui de l'enfant après avoir repéré les mots et expressions utilisés par celui-ci. (31)

Rappelons que tout comme chez l'adulte, le thérapeute devra éviter les mots à connotation négative et privilégier les termes positifs dans sa communication avec l'enfant. (31)

Le thérapeute va développer une attention particulière pour s'ajuster au patient et l'amener à mobiliser ses ressources. (31) Comme nous l'avons vu précédemment (1.4.2.1) le praticien doit s'adapter au langage verbal et non verbal du patient.

Il existe différentes techniques d'ajustement au verbal et au non verbal de l'enfant qui ont pour but de favoriser le développement de l'alliance thérapeutique. Cet ajustement, à partir de l'observation du verbal et du non verbal, est essentiel et dure tout le long de la séance, que ce soit dans la phase d'induction ou pendant la transe hypnotique. Les techniques d'ajustement consistent donc à être attentif au style d'expression et au comportement du patient en le ratifiant sur le plan verbal et non verbal. (31)

#### **2.2.3.4 Adaptation des techniques hypnotiques en fonction du stade de développement et de l'âge de l'enfant**

Proposer une séance d'hypnose c'est s'adapter à la capacité attentionnelle de l'enfant, capacité qui varie énormément dans l'enfance. Avoir des connaissances sur le développement cognitif de l'enfant permet au thérapeute de mieux s'adapter au jeune patient, d'adapter son mode de communication à celui de l'enfant, et à son âge. Celui-ci est un facteur déterminant sur ce que l'enfant comprend de son problème, sur sa vision du monde et sur sa manière de communiquer. (31)

Au cours de son développement cognitif, l'enfant, pour se construire, passe par différents stades décrits par le psychologue Jean Piaget. Selon lui, le développement et l'intégration des fonctions cognitives naissent de l'enrichissement de la structure de base de l'enfant, grâce à des expériences successives et répétées. Il décrit différents stades : (99)

- De 0 à 2 ans : stade des réflexes, des premières habitudes motrices, de l'intelligence sensori-motrice
- De 2 à 7 ans : stade de pensée pré-opératoire
- De 7 à 11/12 ans : stade des opérations concrètes
- Après 11/12 ans : stade des opérations formelles

Selon ces stades, les enfants ont une compréhension et une perception des causes et des conséquences d'une situation (d'un soin, d'une douleur, d'une difficulté) qui diffèrent et évoluent dans le temps. Cette connaissance des représentations des enfants et de leur développement permet à l'hypnopraticien de s'ajuster au mieux à l'enfant qu'il a en face de lui. (31)

Pour décrire les différentes méthodes d'induction en fonction du stade de développement cognitif et de l'âge de l'enfant, nous rattacherons les techniques d'induction proposées en fonction de l'âge de l'enfant, d'après Olness et Kohen (92), aux stades de développement décrits par Piaget (99) :

##### **a) De 0 à 2 ans : stade sensori-moteur, âge préverbal** (92) (99)

L'enfant appréhende son environnement à la fois par ses sens et ses habiletés motrices. Pour réussir l'hypnose à cet âge parler ne sert pas, il faut tout miser sur le VAKOG car l'enfant n'a que la sensorialité qui est développée. On a besoin de la voix de la maman, de sa musicalité. Il faut tester et être attentif à quel stimulus l'enfant est le plus réceptif pour valider ce qui fonctionne.

On utilise un VAKOG adapté :

- Une stimulation tactile, kinesthésique : toucher ou bouger les bras de l'enfant d'avant en arrière.
- Une stimulation auditive : une musique, un bruit continu.
- Une stimulation visuelle : des mobiles ou autres objets changeant de forme, de couleur ou de position.
- Une stimulation participative : faire tenir par l'enfant une poupée ou un animal en peluche.

Bien entendu il s'agira plus de distraction que d'hypnose proprement dite. La distraction étant simplement un détournement de l'attention. A cet âge, l'attention est éphémère, il faut donc varier les stimulations.

### **b) De 2 à 6 ans, stade pré-opératoire, âge verbal puis préscolaire**

Ce stade est caractérisé par l'apprentissage et l'utilisation du langage. L'enfant ne peut pas faire la différence entre la cause et la conséquence de la douleur, celle-ci est souvent vécue comme une punition. C'est aussi à cette période que se développent l'imitation, la représentation et la réalisation d'actes fictifs. C'est le moment des « et si on faisait semblant de... ». L'enfant transforme, invente des personnages, des histoires. Il croit beaucoup à la magie. (92) (99)

#### **-De 2 à 4 ans : l'âge verbal**

L'imagination se développe mais l'enfant est encore peu réceptif à la conversation. La mise en jeu d'objets pour lesquels l'enfant possède un fort affect, peut aider le praticien à raconter une histoire et obtenir l'implication du petit patient. On peut lui raconter une histoire avec un livre rapporté de la maison par exemple, ou lui parler à travers un animal familier, un jouet, une peluche ou même un téléphone. Il faudra préférer raconter des histoires de manière monologue, mais aussi utiliser des suggestions non-verbales, notamment des stimuli tactiles. (2) (92) (99)

#### **- De 4 à 6 ans : l'âge préscolaire** (92) (99)

A cet âge, l'enfant possède des capacités à travailler avec le virtuel, il n'a plus besoin d'objets pour construire une histoire. Les enfants de moins de six ans ne font pas une claire distinction entre la réalité et leur monde fantastique. L'imagerie visuelle fonctionnera bien ainsi que les personnages fantastiques et les super héros. La « crème magique » sera aussi efficace. On peut donc travailler avec

son imagination.

- Simuler de jouer ou pratiquer son activité favorite.
- Imaginer son endroit favori.
- Jeu du tableau magique où l'enfant dessine ou écrit un prénom que l'on doit deviner.
- Raconter une histoire.

L'attention de l'enfant est plus soutenue qu'au stade précédent, cependant on limitera ces techniques aux soins courts ou aux inductions anesthésiques.

### **c) De 7 à 12 ans : stade des opérations concrètes, âge de la moyenne enfance**

L'enfant fait preuve de logique dans son apprentissage. Le dialogue peut être introduit, et va nous permettre de diriger nos suggestions vers les points les plus sensibles de l'enfant. Celui-ci devient capable de coopération, acquiert la notion de causalité et prend en compte l'avis des autres. Les enfants de cet âge ont des capacités très fortes à utiliser l'hypnose. Ils peuvent se concentrer, être absorbés et entrer en hypnose beaucoup plus facilement que les adultes. Ce sont donc de très bons sujets pour les soins sous hypnose. (87) (94)

Ils sont encore dans l'enfance et pas tout à fait dans l'adolescence. On utilise l'imaginaire mais en se basant sur les centres d'intérêts de l'enfant. On s'intéresse à lui et on le laisse se confier. C'est lui qui nous donne les clés. On évoque ainsi son activité favorite (sportive, artistique, jeux favoris, endroit favori). On peut proposer des histoires de vacances en famille ou entre amis, une partie de jeu vidéo ou encore un match de foot. Pourvu qu'il y ait de l'action et que l'histoire adhère à l'environnement et aux sensations extérieures. On laisse l'enfant décider des héros dont il veut parler, des lieux dans lesquels il veut aller, et lorsqu'il est agité, on peut lui faire porter son attention sur des parties de son corps (lourdeur dans les jambes...). On peut aussi employer des phrases non-sens de manière à dérouter l'enfant et attirer sa curiosité (« tes jambes vont voir avec tes yeux »).

La focalisation de l'attention peut être induite en demandant à l'enfant de fixer une pièce de monnaie ou de rapprocher ses mains ou encore de regarder fixement un point... puis commencer à parler de son activité favorite afin de l'aider à se plonger dans son univers. Il faut savoir qu'à partir du moment où l'enfant parle de cette activité, il la vit déjà, des images se créent dans sa tête et il faut savoir s'en servir pour induire l'hypnose. On peut ainsi se retrouver avec un enfant sur le fauteuil dentaire en train de jouer de la guitare, faire du tir à l'arc ou bien pratiquer de l'équitation. (53) (92)

Notons qu'à partir de 12 ans environ, on se rapproche des techniques utilisées pour les adultes tout en pouvant utiliser celles des plus petits. L'adolescent est toujours dans l'enfance et c'est un moment délicat car il faut le pousser en avant vers l'âge adulte plutôt que de le faire régresser vers l'enfance. (92)

Les soignants doivent donc avoir une bonne connaissance des représentations des enfants et de leur développement afin d'adapter leurs discours, leurs explications et leurs comportements à chaque enfant lors des soins ou de la prise en charge de la douleur. (35)

Les techniques hypnotiques utilisées doivent être cohérentes par rapport au développement de l'enfant, et adaptées au stade qui le concerne. L'entretien clinique qui précède l'usage de l'hypnose doit permettre de cerner à quel stade l'enfant se situe. (126) Cette connaissance permettra au praticien d'améliorer les explications données et de trouver les mots pour rassurer l'enfant. (35)

## **2.3 Applications et intérêts de l'hypnose en odontologie pédiatrique**

### **2.3.1 Champs d'application de l'hypnose en odontologie pédiatrique**

L'objectif de l'hypnose en odontologie pédiatrique est d'aider l'enfant à se relaxer pour qu'il accepte des soins difficilement réalisables dans un état de conscience normal. L'hypnose constitue une alternative à la prémédication sédatrice. (174) Elle peut apporter de l'aide pour gérer des situations de stress chez les enfants ; stress qui crée un frein aux soins, mais aussi compromet leur perception du chirurgien-dentiste et donc tout leur avenir en terme de santé bucco-dentaire. (2)

La gestion de l'anxiété et la prise en charge de la douleur qui sont étroitement liées représentent actuellement, comme chez l'adulte, deux indications majeures à l'utilisation de l'hypnose au cabinet dentaire. (84)

#### **2.3.1.1 L'anxiété**

##### **2.3.1.1.1 Définition**

D'après le petit Larousse (75) : L'anxiété est une vive inquiétude née de l'incertitude d'une situation, de l'appréhension d'un événement. C'est un état émotionnel de tension nerveuse, de peur, fort et souvent chronique ; un état psychique caractérisé par l'attente d'un danger imminent accompagné de malaise, de peur et de sentiment d'impuissance.

##### **2.3.1.1.2 Sources d'anxiété au cabinet dentaire**

La prévalence de l'anxiété dentaire et des troubles du comportement au cabinet dentaire varie de 4% à plus de 20% dans les pays industrialisés. L'anxiété des adultes débute pour la moitié des cas

dans l'enfance et pour plus de 20% à l'adolescence. Cette anxiété va perturber le bon déroulement des soins et parfois aboutir à un évitement de ceux-ci. (15)

Les facteurs étiologiques de l'anxiété de l'enfant face au chirurgien-dentiste sont les suivants :

#### Facteurs relatifs au patient :

- L'âge : le jeune enfant a des difficultés de compréhension de la situation dentaire. L'absence de temporalité va aggraver son anxiété car il ne sait pas quand les soins ou les sensations vont s'arrêter. (15)

Les peurs évoluent en fonction de l'âge, en effet celles-ci diminuent au fur et à mesure de l'acquisition des capacités cognitives. (69) Pour les tout-petits chaque nouvelle découverte suscite une appréhension, c'est pourquoi un contact précoce avec le cabinet dentaire permet la familiarisation de l'enfant à ce milieu. Chez les enfants de 4 à 6 ans, l'anxiété est beaucoup plus importante que pour ceux de 9 à 11 ans, en effet ils ne possèdent pas les mêmes capacités de défense, ce qui les rend plus vulnérables et par conséquent beaucoup plus craintifs. (116)

- le sexe : les peurs dépendent du sexe, essentiellement à partir de l'âge de 6 ans. Les garçons sont en général plus turbulents et agités alors que les filles sont plus anxieuses, nerveuses mais également attentives et coopérantes. (116)

- Le vécu : le souvenir d'une atteinte corporelle subie peut également avoir de lourdes conséquences. Statistiquement à 18 ans les sujets ayant déjà subi une expérience désagréable ou douloureuse ont dix fois plus de probabilité de présenter une anxiété dentaire élevée à l'âge adulte. (15) (88)

- Le tempérament : certains enfants sont beaucoup plus anxieux que d'autres au cours de la vie quotidienne et l'ambiance du cabinet dentaire ne fera qu'accentuer ce caractère. Les chirurgiens-dentistes sont également amenés à soigner des enfants timides, impulsifs, hypersensibles ou encore hyperémotifs, il sera donc primordial de s'adapter à chacune de ~~sesees~~ situations. (116)

#### Environnement familial et social :

Le comportement des enfants est étroitement lié au rapport qu'ont les parents vis-à-vis des soins, puisqu'ils vont communiquer leur appréhension sans même en avoir conscience. Il est ainsi reconnu que les parents, et surtout la mère, jouent un rôle déterminant dans le développement émotionnel et comportemental de l'enfant. (54)

Une éducation incohérente (changeante, inégale, contradictoire) est également une source d'anxiété pour l'enfant. (15)

### Soins dentaires :

Le cabinet dentaire est un univers inconnu, l'enfant en a une image plutôt négative véhiculée par l'inconscient collectif. Les odeurs, les bruits, les lumières, les objets inconnus contribuent à son inquiétude. (15)

Au cabinet dentaire l'anesthésie est la procédure la plus génératrice d'anxiété pour les enfants comme pour les adultes. En deuxième lieu, on retrouve les bruits et les vibrations que les instruments rotatifs occasionnent. (97)

Ainsi, les origines de l'anxiété sont multiples et chaque enfant répondra de manière différente au stress éprouvé. (116)

#### **2.3.1.2 La douleur**

La capacité de chacun à relativiser l'expérience douloureuse et à lui donner un sens est précieuse. Cela permet de moduler l'intensité de la douleur ressentie. Mais cette capacité implique un certain développement cognitif, le jeune enfant ne peut pas faire de rapport de cause à effet "c'est pour mon bien qu'on me fait mal" et ne peut donc pas relativiser ce qui lui arrive ou donner un sens au soin ou à l'examen. La détresse de l'enfant, son inquiétude et sa peur renforcent également la perception douloureuse. (79) La sensation douloureuse ressentie par l'enfant est déterminante dans le développement de son comportement lors des soins. (15)

Autant d'éléments qui impliquent que l'enfant est encore plus exposé à la douleur que l'adulte. (79)

Peur et douleur sont étroitement liées : un enfant qui a peur aura un seuil de douleur abaissé et un enfant qui a eu mal aura peur d'avoir mal. (15)

#### **2.3.1.3 Intérêts de l'hypnose dans la prise en charge de l'anxiété et de la douleur**

Comme nous l'avons vu, l'anesthésie est une procédure génératrice d'une forte anxiété pour les enfants. L'hypnose et l'hypnoanalgésie ont été décrites en particulier comme pouvant répondre à la peur de l'anesthésie locale. (96)

Huet et coll. ont réalisé deux études de grade B, évaluant le degré d'anxiété chez les enfants lors d'anesthésie locale, sous hypnose. L'équipe conclut que l'hypnose aide l'enfant à diminuer son anxiété face à l'aiguille. Ils sont plus calmes et pleurent moins que les enfants du groupe contrôle (p=0,01).

Il existe également, dans le groupe des enfants sous hypnose, une différence significative pour le score mesuré après l'anesthésie qui évalue le comportement de l'enfant, s'il pleure, s'il est calme, s'il se plaint... (66) (67)

L'hypnose permet d'obtenir une meilleure coopération des patients par le contrôle de leur anxiété et de leur appréhension car trop souvent chez l'enfant, une préparation inadéquate, une absence de compréhension, une interprétation erronée des motifs de l'acte invasif, de l'opération sont souvent retrouvés. (185)

L'hypnose provoque un état de détente musculaire, un calme intérieur et une diminution importante du niveau d'anxiété du sujet. Par conséquent, il devient plus facile pour le praticien d'obtenir la coopération de l'enfant d'une part, et de soigner sans stress d'autre part. (26)

L'introduction de l'hypnose, selon une gamme de modalités plus ou moins formelles, dans la prise en charge des enfants non coopérants, constitue un outil de plus pour aider l'enfant à surmonter ses peurs et phobies, à apaiser son anxiété. (53)

L'intérêt de l'hypnose est son action anxiolytique, mais aussi sa faculté à réduire les douleurs cliniques aiguës et chroniques. (128)

L'hypnose est de plus en plus utilisée pour traiter la douleur, que ce soit chez l'adulte ou chez l'enfant. En effet, comme le souligne D. Bouhassira (110) « le traitement de la douleur représente une des principales applications cliniques de l'hypnose. L'analgésie, c'est-à-dire la réduction de la sensibilité à la douleur, est un des phénomènes hypnotiques les mieux connus ».

Sur le plan neurophysiologique et psychophysiologique, les suggestions hypnotiques de l'analgésie peuvent interagir sélectivement sur les paramètres neurobiologiques associés à la douleur dans le système nerveux central. (12) Il y a ainsi, en imagerie fonctionnelle, une diminution de l'activité cérébrale associée aux stimuli douloureux lorsqu'il y a suggestion hypnotique de l'analgésie. (105)

Chaque enfant, face à la douleur et au stress engendré par celle-ci, va utiliser des stratégies d'adaptation pour faire face à cette douleur, voire en développer de nouvelles, spontanément et/ou en équipe avec le soignant. L'hypnose peut servir alors de révélateur et de catalyseur à la propre résilience de l'enfant. (94)

Une approche individualisée est donc nécessaire pour une bonne prise en charge de la douleur chez l'enfant. L'hypnoanalgésie est une méthode qui permet à l'enfant de mobiliser ses propres ressources pour faire face à la douleur. (126)

La collaboration Cochrane a publié une revue systématique qui avait pour but de répondre à la question suivante : Quelle est l'efficacité de l'hypnose (avec ou sans sédation) dans la gestion du comportement des enfants qui reçoivent des soins dentaires afin de permettre la réussite du traitement. Seuls trois essais contrôlés randomisés (totalisant 69 participants) répondaient aux critères d'inclusion. L'analyse statistique et la méta-analyse se sont révélées impossibles en raison du nombre insuffisant

d'études. Les auteurs en ont conclu que bien qu'il existe un nombre considérable d'anecdotes spécifiant les avantages de l'utilisation de l'hypnose dans les soins dentaires pédiatriques, en se basant sur les trois études répondant aux critères d'inclusion pour cette revue, il n'y a pas suffisamment de preuves permettant de suggérer des effets bénéfiques. (3)

**Il apparaît donc nécessaire de conduire d'autres études cliniques plus larges et complètes afin de mieux apprécier les effets de l'hypnose lors des soins dentaires chez les enfants.**

#### **2.3.1.4 Autres champs d'application**

L'utilisation de l'hypnose en odontologie pédiatrique s'avère également utile dans les cas de bruxisme, surcharge occlusale, troubles articulaires, glossodynie, onychophagie, prise d'empreinte, manque de motivation et d'observance des traitements. Elle permet également d'interrompre la succion et de faciliter la mise en place d'exercices de rééducation de la déglutition, mastication et ventilation. (111)

### **2.3.2 Comment utiliser l'hypnose en odontologie pédiatrique**

#### **2.3.2.1 L'enfant et le praticien face aux soins dentaires**

##### **2.3.2.1.1 L'enfant**

L'enfant qui découvre l'univers du cabinet dentaire, bien souvent inconnu pour lui, l'associe volontiers à des représentations construites d'expériences antérieures ou d'idées transmises par l'entourage ou l'imaginaire collectif.

Selon son développement psycho-affectif, son âge, mais également sa propre histoire, l'enfant sera plus ou moins apte à faire face à la situation de soin. (53)

La prise en charge comportementale de l'enfant est un aspect critique des soins dentaires. Certains enfants sont en grande difficulté face au chirurgien-dentiste, ce qui entraîne alors le refus de toute intervention, vécue par l'enfant comme une contrainte dont il ne comprend pas toujours la nécessité. (93)

La prise en charge d'un enfant diffère de celle de l'adulte et n'est pas toujours évidente. (125)

L'enfant est un patient particulier, que ce soit du point de vue physiopathologique ou psychologique, et cela pour plusieurs raisons : (23) (125)

- l'immaturation psychologique et la vision de l'enfant : en comparaison avec l'adulte, l'enfant comprend

moins facilement l'intérêt des soins dentaires et accepte difficilement l'idée de devoir supporter des solutions parfois contraignantes et ce même s'il s'agit de son intérêt. Il néglige sa part de responsabilité et tend plus volontiers à culpabiliser autrui.

- les contraintes environnementales et techniques : la bouche est par nature un espace réduit, cela est encore plus vrai chez l'enfant. Cette situation est contraignante pour la vision du praticien, sa position et sa gestuelle. Sans oublier que l'enfant bouge plus facilement face à la gêne ou à la douleur et qu'il est en général plus agité.

### **2.3.2.1.2 Le praticien**

Prodiguer des soins aux enfants, demande, en plus des conditions générales d'exercice de l'art dentaire, de répondre à certaines particularités :

#### **Au niveau relationnel**

L'enfant étant moins mature psychologiquement que l'adulte, il incombe au praticien de s'adapter à lui. Par son attitude, le praticien doit créer un climat de confiance dès l'entrée au cabinet. Il faut veiller à parler d'une manière qui soit compréhensible par l'enfant, d'imager les propos, ainsi que de féliciter le jeune patient. Certaines attitudes permettent de mettre à l'aise l'enfant plus facilement : être souriant, être en contact physique (prendre la main, toucher l'épaule...), regarder l'enfant dans les yeux, s'asseoir à son niveau. (129)

#### **Au niveau technique**

Le praticien doit être rapide et efficace tout en assurant une bonne gestion des contraintes corporelles qu'il peut ressentir durant ce type d'interventions (courbures, limitation du champ de vision,...). (23)

### **2.3.2.2 Utilisation de l'hypnose**

Comme nous l'avons vu, l'enfant possède une imagination non bridée, l'utilisation de l'hypnose lui permet aisément de s'envoler vers des pays imaginaires, oubliant d'un seul coup le chirurgien-dentiste, ses instruments et la peur qui y est associée. (185)

La plupart du temps l'enfant sous hypnose ne se rappelle plus, ni du geste, ni de la douleur qu'il a pu avoir. Il se souvient d'avoir fait un rêve agréable ou d'avoir vécu une belle aventure et a le plus souvent envie de recommencer cette technique sans l'appréhension du geste douloureux futur. (85)

Les dentistes formés à l'hypnose décrivent tous le même phénomène : l'utilisation de cette technique chez l'enfant rend l'acte dentaire confortable voire amusant, et venir chez le dentiste devient un plaisir plutôt qu'une contrainte. (120)

### **2.3.2.2.1 Prérequis**

**L'hypnose impose un praticien formé**, un patient réceptif aux suggestions hypnotiques, une motivation de l'enfant à vaincre son anxiété face aux soins dentaires. (40) La méthode doit être bien expliquée à l'enfant et ses parents. Il est essentiel qu'ils y adhèrent et acceptent celle-ci. (84)

Pour une prise en charge optimale par l'hypnose, le chirurgien-dentiste doit respecter certaines règles, qui s'appliquent également à l'adulte (130) :

- Capter l'attention de l'enfant et la maintenir.
- Motiver le patient.
- Etablir et maintenir la relation de confiance.
- Utiliser des suggestions indirectes.
- Utiliser l'imagination du patient.
- Associer une émotion à une suggestion quand cela est possible.
- Toujours rester positif.

### **2.3.2.2.2 Quelle pratique hypnotique utiliser chez l'enfant**

En odontologie pédiatrique on fera volontiers appel à l'hypnose conversationnelle. Les enfants du fait de leur stress arrivent souvent au cabinet dentaire dans un état hypnotique spontané qui augmente la suggestibilité. On peut s'appuyer sur cet état pour proposer à l'enfant des jeux, des contes, etc. visant à diminuer son angoisse. On peut pratiquer l'hypnose conversationnelle lors des inductions anesthésiques, ou des soins courts pour réduire l'anxiété ou la douleur. (22)

Le Dr Simonnet Garcia qui utilise l'hypnose dans son cabinet dentaire, explique qu'il est assez fréquent que l'hypnose conversationnelle soit relayée par une mise en catalepsie d'un bras. Cet état physique transitoire caractérisé par une rigidité des muscles est très simple à installer au fauteuil. Il suffit de prendre délicatement le poignet du patient et de l'amener vers le visage du patient en lui demandant de le maintenir ainsi quelques instants. Cela ne nécessite aucune explication particulière et peut se réaliser quasiment au moment où le fauteuil s'allonge lorsque nous sentons que le patient a besoin de plus de présence de notre part, ou au moment où le soin requiert plus d'immobilisme. (111)

Des techniques hypnotiques plus formelles, combinant un état profond de relaxation qui porte attention sur des images et des suggestions ont aussi montré qu'elles aidaient les enfants et les adolescents, tant pour se préparer que pour assumer des soins médicaux douloureux et associés à

l'anxiété. On peut aussi observer que la frontière est ténue entre les techniques dites formelles et l'utilisation de la distraction, de la suggestion, voire aussi de la relaxation et autres approches comportementales. (53)

Le Dr Simmonet Garcia explique que : « Lorsque, malgré notre attention et l'utilisation de l'hypnose conversationnelle, le patient reste dans l'inconfort, je lui propose volontiers une hypnose que j'aime à appeler « conversaformelle ». En effet, elle ne sera plus uniquement conversationnelle, c'est à dire basée sur une utilisation intelligente du langage, elle ne sera pas formelle non plus. L'hypnose dite conversaformelle consiste à utiliser l'hypnose formelle sans nécessairement y ajouter la phase thérapeutique où suggestions, métaphores et phrases « subliminales » sont reines. Cette hypnose permet d'accompagner le patient vers plus de confort, pour qu'il vive le soin sans intervenir et en gêner la bonne marche. » (111)

### **2.3.2.2.3 Choix des mots**

Quelque soit le type d'hypnose pratiquée, le praticien s'exprime avec une parole lente, monocorde et douce. Les mots choisis sont simples et font appels à l'imaginaire non violent de l'enfant. (185)

Il est très important que le chirurgien-dentiste emploie des mots qui soient adaptés au niveau de compréhension de l'enfant. (123) Les explications peuvent être données avec un vocabulaire imagé et drôle, évitant ainsi les termes trop techniques qui pourraient ne pas être compris. (45)

Voici quelques exemples de vocabulaire imagé adapté à l'enfant : (45) (130)

<u>Termes techniques</u>	<u>Termes imagés</u>
Ouvrir la bouche	Faire le crocodile
On va utiliser l'anesthésie	Es-tu prêt pour la potion magique ?
La piqûre	Le petit moustique
Sealant ou vernis fluoré	La peinture spéciale pour les dents
L'appareil à radiographie	La caméra magique
Pâte à empreinte	Pâte à modeler spéciale pour les dents
Le mordançage	La peinture bleue de schtroumpfs

Figure 4 : Exemples de vocabulaire imagé adapté à l'enfant. D'après Droz, D et Wright, GZ, (45) (130)

### **2.3.2.2.4 Déroulement d'un soin dentaire utilisant l'hypnose chez l'enfant**

Voici un exemple de l'utilisation de l'hypnose lors d'un soin dentaire chez l'enfant : (38)

- Dans la salle d'attente

Aller chercher l'enfant dans la salle d'attente permet d'obtenir beaucoup d'informations sur lui. On peut ainsi analyser son comportement. Est-il en train de jouer ? Est-il caché derrière ses parents ? Il est important de l'appeler par son prénom, de s'abaisser à sa hauteur pour lui parler et d'observer son attitude face à notre « entrée en scène » et faire attention aux premiers mots et premiers regards. (23)

- Dans le cabinet dentaire (38) (45) (62)

L'installation sur le fauteuil : il est préférable de laisser entrer les parents car c'est le meilleur moyen de pouvoir les faire sortir ensuite si jamais l'enfant est trop difficile.

- Si l'enfant a moins de 3 ans : il peut être installé sur le père ou la mère.

- S'il a entre 3 et 6 ans : il faut qu'il s'installe seul en le lui proposant sous la forme d'un défi en suggestion indirecte, par exemple : « *tu arriverais à monter tout seul, tu penses, sur le fauteuil magique ? ou il faut t'aider ?* » Le fait de mettre en doute ses capacités va l'inciter à prouver qu'il est capable de faire ça seul.

En fonction de l'âge des enfants et de leurs goûts, on peut également proposer aux petites filles de s'installer sur le « carrosse » de princesse, et aux petits garçons de monter dans un vaisseau spatial, ou une voiture de course.

- Entre 6 et 12 ans c'est l'âge de la méfiance (il se méfie du fauteuil soi-disant magique).

- S'il a plus de 12 ans : âge de l'adolescence, il n'est pas intéressé par ce qu'on lui raconte. Une des meilleures façons de rendre coopérant un adolescent, c'est de s'opposer aux parents. En effet, ces derniers répondent souvent à la place de leurs enfants, il faut alors leur dire que l'on ne s'adresse pas à eux (puis, en aparté, expliquer la situation aux parents).

Discussion lors du lavage des mains : permet de préparer les « déguisements » (gants de Mickey ou de Shrek, cape de magicien) ainsi que les instruments.

Pas de soins, sauf urgence, lors de la première visite. Un contrôle de l'état bucco-dentaire est possible mais il s'agit avant tout d'une prise de contact. Il faut créer un climat de confiance avec l'enfant. Ce premier contact doit nous permettre de lui faire découvrir notre univers magique, le familiariser avec le fauteuil et les instruments.

Il faut utiliser beaucoup de métaphores.

Faire frapper dans les mains avec de la poudre magique pour que le fauteuil s'abaisse.

On peut lui demander de faire une « *grande bouche de lion* » pour bien ouvrir.

« *Tu sais combien tu as de dents ? Non ? On va compter alors !* » Il faut savoir tout présenter sous la forme d'un jeu.

Si on détecte plusieurs caries on peut proposer à l'enfant « *la prochaine fois, on soigne la petite ou la grande carie ? Le côté gauche ou le droit ?* » pour donner le choix illusoire.

Il faut aussi expliquer ce qu'il se passera à la prochaine séance tout en lui disant qu'il va découvrir des choses pour éveiller sa curiosité et lui donner envie de revenir, c'est de la programmation.

Puis, il est important de finir la séance sur une note positive, en complimentant l'enfant par exemple, surtout si celui-ci semblait difficile au départ. Il est important de gratifier un comportement positif.

#### Lors d'un soin : (45) (65) (97)

Le premier rendez-vous ayant permis la mise en confiance de l'enfant, le soin doit se dérouler sans encombre. Afin de garder sa confiance, il est important de lui expliquer ce qui va se passer et d'utiliser des métaphores. Cela permet à la fois d'éviter les mots anxiogènes et de mobiliser les capacités imaginatives du patient et ainsi permettre une dissociation. En effet, l'inconscient du patient va recevoir des images et donc le séparer de la réalité.

Il est également important de toujours faire des suggestions indirectes : « *on regarde tes dents avec ou sans maman ?* »

#### Au moment de l'anesthésie :

L'hypnose ne dispense pas des méthodes de soins habituelles : l'utilisation d'un gel anesthésique de contact qui existe en plusieurs goûts (fraise, cerise, melon), le choix judicieux de l'aiguille voire d'un chauffe-carpule. Pour expliquer l'acte à l'enfant, on va donc utiliser de nombreuses métaphores : La seringue devient une « *pompe à gonfler les dents* » (on peut même utiliser la seringue à vide et mimer le geste de pompe comme une pompe à ballon qui va s'envoler). Il faut laisser le plus longtemps possible le capuchon sur l'aiguille et faire en sorte que l'enfant ne voit jamais l'aiguille.

- Au moment de la piqûre on peut apposer deux gouttes d'anesthésiant dans la bouche de l'enfant qui va donc focaliser son attention sur le mauvais goût.

- « *Ce n'est pas bon ? Alors on va rincer avec un bon goût car ça n'a pas un bon goût* ». Cela crée une confusion

- L'injection doit être très lente.

- On explique les sensations de l'anesthésie et on peut lui montrer dans un miroir qu'il est gonflé mais qu'il n'a pas gonflé (différence entre perception et réalité).
- Et le prévenir du risque de morsure.

#### Les aspirations :

La grosse aspiration devient « *une trompe d'éléphant* » et la petite « *un escargot qui boit de l'eau* ». On peut lui démontrer en mettant l'aspiration dans un gobelet. L'enfant est le dompteur d'escargot : « *Il faut que tu surveilles que l'escargot ne sorte pas de ta bouche car c'est son jeu, il adore sortir, mais toi tu es le dompteur, s'il sort il marque 1 point, s'il reste c'est toi qui gagne* » ici, cela permet non seulement de travailler avec l'aspiration en place mais aussi en ayant l'enfant focalisé sur sa mission, son attention est portée sur l'escargot et non plus sur le soin.

On peut l'appeler aussi « *aspirateur de langue* », l'enfant rit souvent quand sa langue se fait aspirer. Il est important de savoir tirer une situation comique à son avantage et d'adapter les métaphores si l'enfant n'adhère pas à celles qu'on lui présente (escargot, éléphant...).

#### Les contre-angles :

Il y a celui qui chatouille ou celui qui siffle. Il faut attirer l'attention sur l'eau et le bruit. On peut comparer au bruit d'une moto.

Si l'enfant a un problème, on lui demande de le manifester en levant la main et on lui explique qu'il a le pouvoir magique de faire arrêter la fraise. Ainsi, croyant avoir le contrôle l'enfant est rassuré et la plupart du temps le soin se déroule sans interruptions. Il faut aussi lui expliquer qu'il existe une différence entre une sensation et une douleur, par exemple, en appliquant une pression sur sa main.

#### Les produits et instruments :

- L'agent de mordantage devient « *la colle bleue de schtroumpf* ». Il faut aussi se méfier de la seringue car l'enfant s'inquiète de son embout pointu, il pense qu'on va le piquer. Faire éventuellement le test sur son doigt pour le rassurer.
- Le composite peut être de la « *pâte à fixe spéciale dent* » (on va réparer la dent),
- le coton salivaire est « *une gomme magique* »,
- la lampe à polymériser est « *une baguette magique* » ou « *le sabre laser de Buzz l'Eclair* »,
- le miroir est « *l'oeil à dent* » (montrer à l'enfant qu'il peut voir son oeil dans le miroir),
- la fraise devient la « *brosse à dent* » (faire sentir sur le doigt que la fraise ne pique pas mais qu'elle chatouille...)

En cas d'extraction, en ayant bien sûr vérifié que l'enfant n'a pas peur des oiseaux, le davier peut être « *un oiseau qui vient picorer* », « *une grue à dent qu'on déplace à gauche, en haut, à droite* » ... Une fois la dent extraite, on peut faire un tour de magie et cacher la dent dans une compresse ; la déposer dans la main de l'enfant qui doit la serrer très fort. On fait alors semblant de finir l'extraction. Puis on le fait mordre sur une compresse et l'enfant doit dire « *magie, magie, dent va dans ma main* » et comme par magie il ouvre la main et découvre sa dent.

Lors du soin ne pas hésiter à raconter une histoire, féliciter l'enfant, chanter une chanson, faire un jeu...

Puis à la fin du soin toujours penser à féliciter l'enfant et éventuellement à la programmation de la prochaine séance si nécessaire.

L'utilisation de l'hypnose en odontologie pédiatrique est à mettre en lien avec l'approche comportementale, surtout chez le patient jeune, chez lequel nous utiliserons plus de techniques de distraction que d'hypnose à proprement parler. Les techniques d'hypnose dite conversationnelle peuvent être mises en œuvre à partir du moment où le praticien peut avoir une conversation avec l'enfant. Le chirurgien-dentiste devra donc s'adapter à chaque patient, à son vécu, à son âge et à son développement cognitif, afin d'amener au mieux les techniques hypnotiques. (23) (38)

Ainsi une approche psychologique est nécessaire. L'utilisation de l'hypnose chez l'enfant facilite les conditions de travail en familiarisant l'enfant avec l'environnement dentaire. (185)

# CONCLUSION

L'hypnose est une technique complémentaire, un soin personnalisé qui tient compte de l'individualité du patient. La forme que va prendre la pratique de l'hypnose en odontologie pédiatrique se doit d'être ludique et bien adaptée à l'enfant. Elle fait intervenir des principes de communication précis et une «bascule» vers le monde de l'imaginaire dont on attend des effets dans la réalité des perceptions de l'enfant. Cette méthode prend corps au sein d'une relation centrée sur le patient et son univers, ce qui demande à la fois une bonne écoute clinique et une formation spécifique de la part du praticien.

Le modèle de l'hypnose conversationnelle, proposé en odontologie semble être aujourd'hui le modèle le plus efficace de la communication thérapeutique, notamment avec les enfants, qui entrent volontiers dans l'univers du jeu et de l'imaginaire.

Mais l'hypnose n'est pas une méthode universelle que l'on peut appliquer à tous les patients de la même manière ; elle impose un praticien formé, un patient réceptif aux suggestions hypnotiques, et dans le cas de l'odontologie pédiatrique, une motivation de l'enfant à vaincre son anxiété face aux soins dentaires.

L'hypnose est une approche singulière dans le domaine du soin qui ne nie pas les singularités d'approche professionnelle, mais apporte un élément supplémentaire dans l'arsenal thérapeutique du chirurgien-dentiste, et qui permet dans la plupart des cas de résoudre des situations d'échec face à un enfant réfractaire aux soins.

Bien que les recherches sur le sujet commencent à montrer l'efficacité de l'utilisation de l'hypnose lors de soins dentaires, la faible quantité des études cliniques répertoriées et la multiplicité des critères d'évaluation utilisés limitent le niveau de preuve obtenu. Il apparaît donc nécessaire de conduire d'autres études cliniques plus larges et complètes afin de pouvoir mieux apprécier les effets de l'hypnose lors des soins dentaires.

Cependant, par la multiplicité des travaux et l'intérêt croissant d'un certain nombre de praticiens vis-à-vis de cette pratique, on peut affirmer avec optimisme que les recherches sur l'hypnose en sont à leurs prémices, et qu'à l'avenir, la place de cette outil dans l'arsenal thérapeutique du praticien gagnera certainement en légitimité.

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

<u>Figure 1</u> : Franz-Anton Mesmer, image issue du site internet “Hypnose Francophone”.....	18
<u>Figure 2</u> : Le Dr Charcot pratiquant l'hypnose à la Salpêtrière. D’après Brouillet A, 1887. Image issue du site internet “Wikipédia”.....	19
<u>Figure 3</u> : Milton H. Erickson, image issue du site internet “ Institut Français d’Hypnose Humaniste et Erycksonienne”.....	21
<u>Figure 4</u> : Exemples de vocabulaire imagé adapté à l’enfant. D'après Droz, D et Wright, GZ, (164) (169).....	61

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**1. ABRAHAMSEN R, BAAD-HANSEN L, SVENSSON P.**

Hypnosis in the management of persistent idiopathic orofacial pain - clinical and psychosocial findings.

Pain 2008;136(1-2):44-52.

**2. ACHY J, SAMNEH C, FARHAT-MCHAYLEH N, RAPHAËL N.**

L'hypnose en médecine dentaire.

Rev Fr Odontol Pediatr 2012;7(3):118-123.

**3. AL-HARASI S, ASHLEY PF, MOLES DR, et coll.**

Hypnosis for children undergoing dental treatment.

Cochrane Database Syst Rev 2010;8.

<http://summaries.cochrane.org/fr/CD007154/hypnose-chez-les-enfants-subissant-un-traitement-dentaire>.

**4. ALLAIN, F.**

L'hypnose, applications en odontologie.

Inf Dent 2003;85(19):1247-1250.

**5. ALLAIN F.**

L'hypnose : un outil thérapeutique.

Inf Dent 2003;85(16):1051-1054.

**6. AMARGER, M., JACOUD, A., MACKOWIAK, J.**

L'hypnose, un nouvel outil en radiologie. 2007.

[http://wwwold.chu-montpellier.fr/publication/inter\\_pub/R191/A4461/TIPHypnoseunnouveloutilenradiologie.pdf](http://wwwold.chu-montpellier.fr/publication/inter_pub/R191/A4461/TIPHypnoseunnouveloutilenradiologie.pdf)

**7. ANAES | Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé**

Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans : texte des recommandations et argumentaire.

Paris 2000

<http://www.anaes.fr>.

**8. BANDLER R et GRINDER J.**

Les secrets de la communication.

Paris : Le Jour, 1982.

**9. BARBIER E.**

Hypnoalgésie : définition et contexte. 2012

<https://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/E%20BARBIER1.pdf>

**10. BELLET P.**

L'hypnose.

Paris : Odile Jacob, 2002.

**11. BENHAIEM JM.**

L'hypnose aujourd'hui. 2e éd.  
Paris: In Press, 2012.

**12. BENHAIEM J-M et al.**

L'hypnose médicale. 2e éd.  
Paris : MedLine, 2012.

**13. BENHAIM JM.**

Le renouveau de l'hypnose.  
Santé Mentale 2005;13(1):21-69.

**14. BERNHEIM H.**

De la suggestion et de son application à la thérapeutique.  
Paris : L'Harmattan, 2005.

**15. BERTHET A, DROZ D, MANIERE M-C, et coll.**

Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant.  
Paris : Quintessence Internationale, 2007.

**16. BERTRAND C, HÜE O.**

Le réflexe nauséux en prothèse.  
Cah Prothèse 2002;117(1):57-66.

**17. BIOY, A.**

Hypnose et douleur : connaissances actuelles et perspectives.  
Rev Méd Suisse 2012;347:1399-1403.

**18. BIOY A.**

L'hypnose.  
Paris : InterÉditions, 2013.

**19. BIOY, A.**

Qu'est-ce que l'hypnose ? 2013  
<http://www.hypnose.fr/hypnose/definition-hypnose/>

**20. BIOY A, CELESTION-L'HOPITEAU I.**

Aide-mémoire - Hypnothérapie et hypnose médicale en 57 notions.  
Paris : Dunod, 2014.

**21. BIOY, A et WOOD C.**

Thérapies à médiation corporelle et douleur.  
Rueil-Malmaison: Institut UPSA de la douleur, 2013.

**22. BODENREIDER S, CHARRON B.**

Hypnose et pédiatrie. 2012.  
[http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Hypnose\\_et\\_pediatrie.pdf](http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Hypnose_et_pediatrie.pdf)

**23. BOURASSA M.**

L'approche de l'enfant en cabinet dentaire.  
J Dent Qué 1980;17:17-21.

**24. BOURASSA, M.**

Hypnodontie.  
L'Explorateur 1997;1(7):9-10.

- 25. BOURASSA M.**  
L'hypnose clinique.  
J Sci 1990;56(1):59-62.
- 26. BRISSEAUX JC et VARMA D.**  
Une approche de l'hypnose médicale en odontologie.  
Inf Dent 1992;74(35):3067-3071.
- 27. BRYANT RA, RICHARD A, LYNETTE H.**  
Oxytocin enhances social persuasion during hypnosis, 2013.  
<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0060711>
- 28. BUSH G, LUU P, POSNER MI.**  
Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex.  
Trends Cogn Sci 2000;4(1):215-222.
- 29. CALIPEL S, LUCAS-POLOMENEI M-M, WODEY E, ECOFFEY C.**  
Premedication in children: hypnosis versus midazolam.  
Pediatr Anesth 2005;15(4):275-81.
- 30. CARDENA E, JONSSON P, TERHUNE DB, et coll.**  
The neurophenomenology of neutral hypnosis.  
Cortex 2013;49(2): 375-85.
- 31. CELESTIN-L'HOPITEAU I.**  
L'hypnose pour les enfants.  
Lyon : Josette, 2013.
- 32. CELESTIN-L'HOPITEAU I.**  
L'hypnose, thérapies à médiation corporelle et douleur.  
Paris : Dunod, 2014.
- 33. CELESTIN-L'HOPITEAU I et BIOY A.**  
Aide-mémoire - Hypnoanalgésie et hypnosédation: en 43 notions.  
Paris: Dunod, 2014.
- 34. CHERTOK L.**  
L'hypnose.  
Paris : Payot, 2012.
- 35. Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur | CNRD**  
Développement cognitif de l'enfant et douleur, 2004.  
[http://v2.cnrdr.fr/Developpement-cognitif-de-l-enfant.html?page=article-imprim&id\\_article=159](http://v2.cnrdr.fr/Developpement-cognitif-de-l-enfant.html?page=article-imprim&id_article=159)
- 36. COJAN Y, ARCHIMI A, CHESEAUX N, et coll.**  
Time-course of motor inhibition during hypnotic paralysis: EEG topographical and source analysis.  
Cortex 2012;49(2): 423-36.
- 37. COSNIER J.**  
Psychologie des émotions et des sentiments.  
Paris : Retz-Nathan, 1994.
- 38. COURSON F et LANDRU MM.**  
Odontologie pédiatrique au quotidien.

Rueil-Malmaison : CdP, 2005.

**39. CRAIG AD, CHEN K, BANDY D, REIMAN EM.**

Thermosensory activation of insular cortex.

Nat Neurosci 2000;3(1):184-190.

**40. DAJEAN-TRUTAUD S, FRAYSSE C, GUIHARD J.**

Approche psychologique de l'enfant au cabinet dentaire.

Encycl Med Chir Paris, Odontologie, 23-400-D-10, 1998.

**41. DEFECHEREUX T, DEGAUQUE C, FUMAL I, et coll.**

L'hypnosédation, un nouveau mode d'anesthésie pour la chirurgie endocrinienne cervicale. Étude prospective randomisée.

Paris : Masson, 2000:539-546.

**42. DERBYSHIRE SW, WHALLEY MG, STENGER VA, et coll.**

Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain.

Neuroimage 2004;23(1):392-401.

**43. DE SAN FULGENCIO J, ROY V, MAUDIER C, et coll.**

Soins dentaires sous sédation consciente au mélange oxygène-protoxyde d'azote (MEOPA) à l'Hôpital Robert Debré.

Pain Soc 2004;5(1):18-20.

**44. DEVINSKY O, MORRELL MJ, VOGT BA.**

Contributions of anterior cingulate cortex to behaviour.

Brain 1995;118(1):279-306.

**45. DROZ, D.**

Approche comportementale de l'enfant.

Paris : Quintessence International, 2006:27-43.

**46. DWORKIN SF, SCHUBERT M, CHEN CAN, et coll.**

Psychological preparation influences nitrous oxide analgesia: replication of laboratory findings in a clinical setting.

Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1986;61(1):108-112.

**47. ELKINS GR, GARY R, ARREED F, et coll.**

Advancing research and practice: The revised APA division 30 definition of hypnosis.

Int J Clin Exp Hypn 2015;63(1):1-9.

**48. ENQVIST B, VON KONOW L BYSTED H.**

Pre- and perioperative suggestion in maxillofacial surgery: Effects on blood loss and recovery.

Int J Clin Exp Hypn 1995;43(3):284-294.

**49. ETTZEVOGLOV G.**

De l'induction hypnotique : Hypnose progressive, rapide et instantanée.

Paris : Satas, 2012.

**50. FAYMONVILLE ME, JORIS J, LAMY M, et coll.**

Hypnose: des bases neurologiques à la pratique clinique.

Paris : Elsevier, 2005.

**51. FAYMONVILLE ME, LAUREYS S, DEGUELDRE C, et coll.**

Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis.

Anesthesiol 2000;92(5):1257-1267.

**52. FAYMONVILLE ME, MAMBOURG PH, JORIS J, et coll.**

Psychological approaches during conscious sedation. Hypnosis versus stress reducing strategies: a prospective randomized study.  
Pain 1997;73(3):361-7.

**53. FINLAY IG et JONES OL.**

Hypnotherapy in palliative care.  
J R Soc Med 1996;89(9): 493-6.

**54. FREEMAN R.**

A fearful child attends : a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment.  
Int J Pediatr Dent 2007;17(6):407-418.

**55. GODIN J.**

La nouvelle hypnose : vocabulaire, principes et méthodes.  
Paris : Albin Michel, 1992.

**56. GOTTLIEB M.**

Successful treatment of the pediatric patient with oral sedation and hypnosis: a case report.  
Today's FDA, 2011.  
[http://www.dentalsamples.info/uploads/1/6/4/0/16403444/sedation\\_case\\_report\\_handout.pdf](http://www.dentalsamples.info/uploads/1/6/4/0/16403444/sedation_case_report_handout.pdf).

**57. GLAESMER H, HENDRIK G, RAINER H.**

A controlled trial on the effect of hypnosis on dental anxiety in tooth removal patients.  
Patient Educ Counsel 2015;98(9):1112-1115.

**58. GUEGUEN J, BARRY C, HASSLER C et FALISSARD B.**

Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose.  
Inserm, 2015.  
[http://www.hypnoses.com/content/uploads/2015/07/hypnose\\_rapport\\_Inserm\\_Gueguen.pdf](http://www.hypnoses.com/content/uploads/2015/07/hypnose_rapport_Inserm_Gueguen.pdf)

**59. HAAG P et ROUDIL-PAOLUCCI N.**

L'Hypnose: idées reçues.  
Paris : Le Cavalier Bleu, 2015.

**60. HAMMOND, DC**

Hypnosis in the treatment of anxiety - and stress - related disorders.  
Expert Rev Neurother 2010;10(2):263-73.

**61. HAUTEVILLE DA.**

Acceptation psychologique d'une prothèse.  
Conseil Dentaire Dr.Hauteville, 2012.  
<http://conseildentaire.com/2012/02/16/acceptation-psychologique-dune-prothese-par-le-dr-a-hauteville/>

**62. HAYEZ JY.**

Ouvre ta bouche. Tu ne sentiras rien.  
J Pédiatr Puéricult 2005;18(5):236-242.

**63. HOAREAU J.,**

Hypnose Clinique.  
Paris : Masson, 1992.

**64. HUBERT JP.**

Traité de sophrologie. Tome 1: Origines et développement.  
Paris : Courrier du Livre, 1982.

**65. HUET A, LUCAS-POLOMENI MM, ROBERT P et coll.**

Evaluation de l'influence de l'hypnose sur l'anxiété de l'enfant au cours d'un acte de chirurgie dentaire avec anesthésie locale.  
Hypn Ther Breves 2008;109-111.

**66. HUET A, LUCAS-POLOMENI MM, ROBERT JC, et coll.**

Hypnosis and dental anesthesia in children: a prospective controlled study.  
Int J Clin Exp Hypn 2011;59(4):424-40.

**67. HUET A, LUCAS-POLOMENI MM, ROBERT JC et coll.**

Soins dentaires chez l'enfant. Evaluation d'une technique hypnotique.  
Inf Dent 2007;89(9):414-6.

**68. JUGE C et TUBERT-JEANNIN S.**

Effets de l'hypnose lors des soins dentaires.  
Presse Méd 2013;42(4):114-24.

**69. KLINGBERG G, BERGGREN U, NOREN JG.**

Dental fear in an urban swedish child population : prevalence and concomitant factors.  
Community Dent Health 1994;11: 208-214.

**70. KUPERS R, FAYMONVILLE MR, LAUREYS S.**

The cognitive modulation of pain : hypnosis and placebo induced analgesia.  
Prog Brain Res 2005;150(1):251-269.

**71. KUTTNER L et SOLOMON R.**

Hypnotherapy and Imagery for Managing Children's Pain.  
Baltimore : Williams & Wilkins, 2003:317-328.

**72. KLEINHAUZ M et ELI I.**

When pharmacological anesthesia is precluded : the value of hypnosis as a sole anesthetic agent in dentistry.  
Spec Care Dent 1993;13(1):15-18.

**73. LANG EV, BENOTSCH EG, FICK LJ et coll.**

Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial.  
The Lancet 2000;355(9214):1486-1490.

**74. LAROUSSE.**

Grand Larousse universel. Tome 8.  
Paris : Larousse, 1992.

**75. LAROUSSE P.**

Le petit Larousse illustré.  
Paris : Larousse, 1999.

**76. LAW CS et BLAIN S.**

Approaching the pediatric dental patient: a review of non pharmacologic behavior management strategies.  
J Calif Dent Assoc 2003;31(9):703-713.

**77. LAZAR BS.**

Operator variables in successful hypnotherapy.  
Int J Clin Exp Hypn 1984;32(1):28-40.

**78. LE GOUGUEC LG.**

24 heures aux urgences sous hypnose.  
Mémoire : Diplôme Universitaire d'hypnose médicale et clinique, La Réunion, 2015.

**79. LOMBARD B.**

Hypnose pour les soins, 2009.  
[https://www.pediadol.org/IMG/pdf/U2009\\_BL.pdf](https://www.pediadol.org/IMG/pdf/U2009_BL.pdf)

**80. LOMBART B, FOURNIER-CHARRIERE E.**

Hypnoanalgésie en pédiatrie: faites vos preuves. 2015.  
[https://www.pediadol.org/IMG/pdf/u2015\\_lombart.pdf](https://www.pediadol.org/IMG/pdf/u2015_lombart.pdf)

**81. MAQUET P, FAYMONVILLE ME, DEGUELDRE C et coll.**

Functional neuroanatomy of hypnotic state.  
Biol Psychiatr 1999;45(3):327-33.

**82. MAURI P.**

L'anesthésie ne s'endort pas. Soigner par l'hypnose.  
Pulsations 2005;11(1):5-7.

**83. MERAT M-C.**

Hypnose, le cerveau livre son secret.  
Sciences et Vie 2016;1191:67-69.

**84. MICHAUX D.**

Douleur et hypnose,  
Paris: Imago, 2003.

**85. MICHAUX D.**

Groupement pour l'étude et les applications médicales de l'hypnose et institut de psychiatrie Paul Sivadon.  
Paris: Imago, 2004.

**86. MICHAUX D.**

Hypnose, langage et communication.  
Paris: Imago, 1998.

**87. MICHAUX D, HALFON Y, WOOD C.**

Manuel d'hypnose pour les professions de santé.  
Paris : Maloine, 2007.

**88. MORAND JM.**

Le problème de la peur.  
Inf Dent 1980;62(19):1563-1568.

**89. MORGAN A, et HILGARD E.R.**

Comparaison de la susceptibilité hypnotique à différents âges de la vie.  
Int J Exp hypnosis 1973;21:75-85.

**90. MUSELLEC H, BERNARD F.**

Principes et Techniques analgésiques de l'hypnose.

[http://icarweb.fr/IMG/pdf/musellec\\_2013.14.pdf](http://icarweb.fr/IMG/pdf/musellec_2013.14.pdf)

**91. NICOLAS E, COLLADO V, FAULKS D, et coll.**

A national cross-sectional survey of dental anxiety in the French adult population.  
BMC Oral Health 2007;7(1):12.

**92. OLNESS K, KOHEN D.**

Hypnosis and hypnotherapy with children. 3e éd.  
New York: Guilford Press, 1996.

**93. PARODI C et DAURIAC MC.**

L'hypnose appliquée en Odontologie.  
Odontol Pediatr 2010; 5(1):06-11.

**94. PEDIADOL**

Relaxation et hypnose thérapeutique.  
2001

<https://www.pediadol.org/Relaxation-et-hypnose.html>

**95. PERETZ B.**

Confusion as a technique to induce hypnosis in a severely anxious pediatric dental patient.  
J Clin Pediatr Dent 1996;21(1):27-29.

**96. PERETZ B et BIMSTEIN E.**

The use of imagery suggestions during administration of local anesthetic in pediatric dental patients.  
J Dent Child 2000;67(1):263-7.

**97. PERETZ, B et RAM, D.**

Administering local anaesthesia to paediatric dental patients-current status and prospects for the future.  
Int J Pediatr Dent 2002;12(2):80-89.

**98. PEYRON R, FROT M, SCHNEIDER F, et coll.**

Role of operculoinsular cortices in human pain processing: converging evidence from PET, fMRI, dipole modeling, and intracerebral recordings of evoked potentials.  
Neuroimage 2002;17(3):1336-1346.

**99. PIAGET J.**

Six études de psychologie.  
Paris : Folio Essais, 1995.

**100. PRICE DD.**

The neurological mechanisms of hypnotic analgesia. Hypnosis and suggestion in the treatment of pain.  
New York : Barber J, 1996:67-84.

**101. PRICE DD, BARRELL JJ.**

The structure of the hypnotic state: a self-directed experiential study. The experiential method: exploring the human experience  
Massachusetts : J.J. Barrell, 1990:85-97.

**102. POUSSINES E.**

L'Hypnose en pédiatrie  
Ecole d'Infirmiers anesthésistes, hôpitaux de Toulouse, 2006  
<http://www.laryngo.com/tip/hypnoseped.pdf>

**103. QUELET J.**

Hypnose Ericksonienne: le confort du chirurgien-dentiste et celui du patient.  
Inf Dent 1993;75(28):2043-2047.

**104. QUELET J et PERROT O.**

Hypnose : techniques et applications thérapeutiques.  
Paris : Ellébore, 2003.

**105. RAINVILLE P, DUNCAND D, PRICE B, et coll.**

Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex.  
Science 1997;277(5328):968-71.

**106. RAINVILLE P, HOFBAUER RK, PAUS T, et coll.**

Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion.  
J Cogn Neurosci 1999;11(1):11-125.

**107. RAINVILLE P, CARRIER B, HOFBAUER RK, et coll.**

Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation.  
Pain 1999;82(2):159-171.

**108. ROMBOURG A et BARMAS K.**

Application de l'hypnose en médecine bucco-dentaire aux hôpitaux civils de Colmar.  
Actual Odontostomatol (Paris), 2013;262:10-12.

**109. RUYSSCHAERT, N.**

Hypnose et phénomènes hypnotiques, assistance préliminaire en cas de stress pour le patient et le dentiste.  
Rev Belge Med Dent 2003;58(2):105-117.

**110. SALEM G, BONVIN E.**

Soigner par l'hypnose. Pratiques en psychothérapies.  
Paris : Masson, 2007.

**111. SIMONNET GARCIA MH.**

Apport de l'hypnose médicale aux traitements d'ODF.  
Orthod Fr 2014;85(3):287-297.

**112. SMAGA D, CHESEAUX N, FORSTER A, et coll.**

Hypnosis and anxiety problems.  
Rev Méd Suisse 2010;6(236):330-33.

**113. STEWART JH.**

Hypnosis in contemporary medicine.  
Mayo Clin Proc 2005;80(4):511-524.

**114. TERRAT J.**

Pratique de l'hypnose en médecine générale : enquête descriptive auprès de 41 médecins généralistes en France, 2016.  
<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01310922>

**115. TRECHSLIN F.**

L'hypnose facilite la consultation au quotidien.  
Schweiz Monatsschr Zahnmed 1998;108(9):925-928.

**116. USSON M.**

Évaluation de l'anxiété de l'enfant face aux soins dentaires et adaptation de la prise en charge.

Thèse : d'Exercice en Chirurgie-dentaire, Lyon, 2013

**117. VANHAUDENHUYSE A, BOVEROUX P, BOLY M, et coll.**

Hypnose et perception de la douleur.

Rev Méd Liège 2008;63(5):424-8.

**118. VARMA D.**

Le point sur l'hypnose en odontologie.

Chir Dent Fr 2005;75(1223):45-54.

**119. VENHAM LL, GAULIN-KREMER E.**

A child-oriented philosophy of dental management.

Pediatr Dent 1983;5(4):261-265.

**120. VIOLON, A.**

Vaincre la migraine : médicaments, relaxation, hypnose.

Paris: Desclée de Brouwer, 1996.

**121. VIROT C.**

Recherche et succès clinique de l'hypnose contemporaine.

Gap: Le Souffle d'or, 2007.

**122. WOLIKOW, M.**

Hypnose et soins dentaires de l'enfant: prise en charge de la peur et de l'anxiété

L'hypnose aujourd'hui: In Press 2005:193-203

<https://www.researchgate.net/publication/304570527>

**123. WOLIKOW M, ADAM C.**

Soigner l'enfant : une approche psychologique.

Réal Clin 2001;12(1):21-33.

**124. WOOD C et BIOY A .**

De la neurophysiologie à la clinique de l'hypnose dans la douleur de l'enfant.

Douleurs 2005;6(5):284-296.

**125. WOOD C et BIOY A.**

L'hypnose en pratique pédiatrique

Percentile 2010;15(5):153-157.

**126. WOOD C et BIOY A.**

Pratiques de l'hypnose chez l'enfant douloureux.

Douleur Analg 2008;21(1):20-26.

**127. WOOD C, DUPARC N, LEBLANC V, et coll.**

L'hypnose : une réponse possible à la prise en charge des douleurs de l'enfant et de l'adolescent

Enfance 2006;58(1):26.

**128. WOOD C, DUPARC N, LEBLANC V, et coll.**

L'hypnose et la douleur.

Méd Clin Pédiatr 2004;11:40-44.

**129. WRIGHT FA, McMURRAY NE, GIEBARTOWSKI J.**

Strategies used by dentists in Victoria, Australia, to manage children with anxiety or behavior problems.

ASDC J Dent Child. 1991;58(3):223-228.

**130. WRIGHT GZ.**

Behavior management in dentistry for children.  
Philadelphie : WB Saunders, 1975.

**131. YAPKO MD.**

Trancework: an introduction to the practice of clinical hypnosis.  
New york: Brunner-Routledge, 2003.

**132. ZEIDAN J.**

Comment jeter sa peur du dentiste à la mer.  
Hypn Ther Breves 2008;HS2:104-108.

UNIVERSITÉ DE NANTES  
UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE D'ODONTOLOGIE

---

Vu le Président du Jury,



*Vu et permis d'imprimer*

Vu le Doyen,



Pr Bernard GIUMELLI

PRUNIER (Caroline). – L’hypnose en odontologie pédiatrique.  
- 78 f. ; 4 ill. ; 132 ref. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent. ; Nantes ; 2017)

### **RESUME**

La pratique de l’hypnose connaît un essor grandissant dans le monde médical depuis la fin du XXème siècle, les techniques d’imagerie ayant apporté la preuve de l’existence de l’état hypnotique. Cette méthode de relaxation et d’analgésie s’avère particulièrement appréciable au cabinet dentaire. Elle prend corps au sein d’une relation centrée sur le patient et son univers. L’enfant, de part sa facilité à s’évader vers des mondes imaginaires, présente une forte réceptivité à l’hypnose. Le chirurgien-dentiste peut, en accord avec les parents, utiliser cette capacité dans le but de rendre les soins dentaires plus confortables, voire amusants. Pour cela il doit adopter une communication et une relation adaptées au jeune patient. L’objectif de ce travail est d’exposer le fonctionnement de l’hypnose, son intérêt, ses particularités ainsi que ses applications en odontologie pédiatrique.

**RUBRIQUE DE CLASSEMENT** : Pédodontie

### **MOTS CLES MESH**

Hypnose dentaire : Hypnosis, dental  
Pédodontie : Pediatric dentistry  
Anxiété : Anxiety  
Gestion de la douleur : Pain management  
Analgésie : Analgesia

### **JURY**

Président : Professeur LICHT B.  
Assesseur : Docteur ROY E.  
Assesseur : Docteur PRUD’HOMME T.  
Directeur de thèse : Docteur DAJEAN-TRUTAUD S.  
Membre invité : Docteur ZEIDAN J.

### **ADRESSE DE L’AUTEUR**

41B rue de Grammont - 17138 Puilboreau  
[caro.prunier@hotmail.fr](mailto:caro.prunier@hotmail.fr)