



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I
U.F.R. D'ODONTOLOGIE**

Année 2020

THESE N° 2020 LYO 1D 089

**T H E S E
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE**

Présentée et soutenue publiquement le 7 décembre 2020

par

PETITJEAN Jordan

Né le 19 septembre 1993, à Lyon (69)

La gestion de l'anxiété chez l'enfant : apports de l'hypnose

JURY

Monsieur le Professeur Morrier Jean-Jacques

Président

Madame le Professeur Thivichon-Prince Béatrice

Assesseur

Monsieur le Docteur Ducret Maxime

Assesseur

Madame le Docteur Gasqui de Saint-Joachim Marie-Agnès Assesseur

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Administrateur provisoire
Président du Conseil Académique
Vice-Président du Conseil d'Administration
Vice-Président de la Commission Recherche
du Conseil Académique

M. le Professeur F. FLEURY
M. le Professeur H. BEN HADID
M. le Professeur D. REVEL
M. le Professeur J.F MORNEX

Vice-Président de la Commission Formation Vie Universitaire
du Conseil Académique

M. le Professeur P. CHEVALIER

SECTEUR SANTE

Faculté de Médecine Lyon Est

Directeur : M. le Professeur G. RODE

Faculté de Médecine et Maïeutique Lyon-Sud
Charles Mérieux
Faculté d'Odontologie
Institut des Sciences Pharmaceutiques et
Biologiques

Directeur : Mme la Professeure C. BURILLON

Directrice : Mme. la Professeure D. SEUX

Directrice : Mme la Professeure C. VINCIGUERRA

Institut des Sciences et Techniques de la
Réadaptation

Directeur : M. X. PERROT, Maître de Conférences

Département de Formation et Centre de
Recherche en Biologie Humaine

Directrice : Mme la Professeure A.M. SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR des Sciences et Techniques des
Activités Physiques et Sportives

Directeur : M. Y. VANPOULLE, Professeur Agrégé

Institut Universitaire de Technologie Lyon 1

Directeur : M. le Professeur C. VITON

POLYTECH LYON

Directeur : M. E. PERRIN

Institut de Science Financière et d'Assurances

Directeur : M. N. LEBOISNE, Maître de Conférences

INSPE

Administrateur provisoire . M. P. CHAREYRON

Observatoire de Lyon

Directrice : Mme la Professeure I. DANIEL

CPE

Directeur : M. G. PIGNAULT

GEP

Administratrice provisoire: Mme R. FERRIGNO

Informatique (Département composante)

Directeur : M. B. SHARIAT

Mécanique (Département composante)

Directeur : M. M. BUFFAT

UFR FS (Chimie, mathématique, physique)

Administrateur provisoire : M. B. ANDRIOLETTI

UFR Biosciences (Biologie, biochimie)

FACULTE D'ODONTOLOGIE DE LYON

Doyenne : Mme Dominique SEUX, Professeure des Universités

Vices-Doyens : M. Jean-Christophe MAURIN, Professeur des Universités
Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE, Maître de Conférences

SOUS-SECTION 56-01 :
FACIALE

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-

Professeur des Universités :
Maître de Conférences :
Maître de Conférences Associée

M. Jean-Jacques MORRIER
Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY, Mme Claire PERNIER,
Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE
Mme Christine KHOURY

SOUS-SECTION 56-02 :

**PREVENTION - EPIDEMIOLOGIE
ECONOMIE DE LA SANTE - ODONTOLOGIE LEGALE**

Professeur des Universités
Maître de Conférences
Maître de Conférences Associé

M. Denis BOURGEOIS
M. Bruno COMTE
M. Laurent LAFOREST

SOUS-SECTION 57-01 :
ORALE

CHIRURGIE ORALE – PARODONTOLOGIE – BIOLOGIE

Professeur des Universités :
Maîtres de Conférences :
Maître de Conférences Associé

M. J. Christophe FARGES, Mme Kerstin GRITSCH
Mme Anne-Gaëlle CHAUX, M. Thomas FORTIN,
M. Arnaud LAFON, M. François VIRARD
M. BEKHOUCHE Mourad

SOUS-SECTION 58-01 :

**DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE,
PROTHESE, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE,
BIOMATERIAUX**

Professeurs des Universités :
Maîtres de Conférences :

M. Pierre FARGE, Mme Brigitte GROSGOGEAT,
M. Jean-Christophe MAURIN, Mme Catherine MILLET, M.
Olivier ROBIN, Mme Dominique SEUX, M. Cyril VILLAT
M. Maxime DUCRET, M. Patrick EXBRAYAT, M. Christophe
JEANNIN, Mme Marion LUCCHINI, M. Renaud NOHARET, M.
Thierry SELLI,
Mme Sophie VEYRE, M. Stéphane VIENNOT, M. Gilbert
VIGUIE

Maîtres de Conférences Associés

M. Hazem ABOUELLEIL,

SECTION 87 :
CLINIQUES

SCIENCES BIOLOGIQUES FONDAMENTALES ET

Maître de Conférences

Mme Florence CARROUEL

Remerciements

A notre président et directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Jacques MORRIER

Professeur des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon

Praticien-Hospitalier

Docteur en Chirurgie Dentaire

Maître en Biologie Humaine

Docteur de l'Université Lyon I

Habilité à Diriger des Recherches

Responsable de la sous-section Odontologie Pédiatrique

*Je tiens à vous remercier de m'avoir accompagné dans la rédaction de cette
thèse et de me faire l'honneur de la présider.*

*Je me souviendrai longtemps de la qualité de votre enseignement clinique et
théorique.*

*Je vous témoigne mon profond respect et je vous adresse mes remerciements les
plus sincères.*

A notre jury de thèse,

Madame le Professeur Béatrice TIVICHON-PRINCE

Professeur des Universités à l'UFR d'Odontologie de Lyon
Praticien-Hospitalier
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université Lyon I
Vice-Doyen à l'UFR d'Odontologie de Lyon

*Je tiens à vous remercier d'honorer mon travail en acceptant de participer à
mon jury de thèse.*

*Je vous suis reconnaissant de votre pédagogie et de votre gentillesse tout au
long de ces années.*

*Veillez croire en l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond
respect.*

A notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur Maxime DUCRET

Maître de Conférences à l'UFR d'Odontologie de Lyon
Ancien Assistant hospitalo-universitaire au CSERD de Lyon
Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur de l'Université Lyon I

*Je souhaite vous remercier d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.
Vos conseils et votre sympathie auront été précieux tout au long de ces années
d'études.
Veuillez croire en l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond
respect.*

A notre jury de thèse,

Madame le Docteur Marie-Agnès GASQUI DE SAINT-JOACHIM

Ancien Assistant hospitalo-universitaire au CSERD de Lyon
Docteur en Chirurgie Dentaire

*Je souhaite vous remercier d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.
Votre disponibilité et votre bienveillance envers les patients et les étudiants ont
été d'une aide précieuse durant mon apprentissage clinique.
Veuillez croire en l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond
respect.*

Sommaire

I)	INTRODUCTION	p. 11
II)	L'ANXIÉTÉ	p. 12
	II-1) Définitions : différences entre peur, anxiété et phobie et leurs différentes manifestations	p. 12
	II-1.1) Définitions	p. 12
	II-1.2) Manifestations cliniques de la peur	p. 13
	II-2) Les différentes causes de l'anxiété	p. 15
	II-2.1) Place du chirurgien-dentiste dans l'imaginaire collectif	p. 15
	II-2.2) L'influence des parents	p. 16
	II-2.3) Sentiment d'impuissance	p. 16
	II-2.4) Contexte du cabinet	p. 17
	II-2.5) Mauvaise expérience vécue	p. 17
	II-2.6) La mise en alerte des cinq sens de l'enfant	p. 17
	II-2.7) La peur de la douleur	p. 18
	II-3) L'évaluation de l'anxiété au cabinet	p.19
	II-3.1) L'autoévaluation	p. 19
	II-3.1.1) Le dessin	p. 19
	II-3.1.2) le questionnaire « Children-Fear Survey Schedule-Dental Subscale» (CFSS-DS)	p.19
	II-3.1.3) L'échelle d'anxiété dentaire adaptée de l'échelle de Corah	p. 20
	II-3.1.4) L'EVA	p. 22
	II-3.2) L'hétéroévaluation	p. 22
	II-3.2.1) L'observation	p. 23
	II-3.2.2) L'échelle de Frankl	p. 23
	II-3.2.3) L'échelle de Venham	p. 24
	II-3.2.4) L'échelle de Houpt	p. 25
	II-3.2.5) L'Ohio State University Behavior Rating Scale (OSUBRS)	p. 25

II-3.2.6) Modified Yale Preoperative Anxiety Scale (mYPAS)	p. 26
II-4) Les différents moyens de réduire l'anxiété	p. 28
II-4.1) L'approche comportementale	p. 28
II-4.1.1) L'importance de la communication	p. 28
II-4.1.2) Les techniques de communication	p. 29
II-4.1.2.1) La communication verbale	p. 29
II-4.1.2.2) La communication non verbale	p. 30
II-4.1.2.3) La communication para-verbale	p. 30
II-4.1.2.4) « Tell, show, do » ou Expliquer, montrer, faire	p. 30
II-4.1.2.5) Le renforcement positif	p. 31
II-4.2) Sédation et analgésie	p. 31
II-4.2.1) La prémédication sédatrice	p. 32
II-4.2.2) Méthode de sédation consciente par inhalation de MEOPA	p. 33
II-4.2.3) Méthodes de sédation profonde ou anesthésie générale	p. 35
II-4.2.3.1) Pré-requis	p. 37
II-4.2.3.2) Indications de l'anesthésie générale	p. 37
II-4.2.3.1) Contre-indications de l'anesthésie générale	p. 38
III) L'HYPNOSE	p. 40
III-1) Origines et histoire de l'hypnose de sa découverte à nos jours	p. 40
III-1.1) L'hypnose de l'Antiquité au Moyen-Age	p. 40
III-1.2) L'hypnose du XVIIème siècle à l'hypnose moderne	p. 40
III-2) Les différentes formes d'hypnose et leurs mécanismes physiologiques	p. 42
III-2.1) Les différents états de conscience	p. 42
III-2.2) Définition de l'hypnose	p. 42
III-2.3) Les différentes formes d'hypnose	p. 43
III-2.3.1) L'hypnose traditionnelle ou directe	p. 43
III-2.3.2) L'hypnose ericksonienne	p. 44
III-2.3.3) L'hypnose conversationnelle	p. 44
III-2.3.4) Les mécanismes physiologiques de l'hypnose	p. 44

III-3) Les différentes phases menant à l'état hypnotique	p. 45
III-3.1) La phase d'entretien	p. 45
III-3.2) La phase d'induction	p. 45
III-3.2.1) Technique d'induction directe	p. 46
III-3.2.2) Technique d'induction directe	p. 47
III-3.3) La phase d'approfondissement	p. 48
III-3.4) La phase de dissociation et la transe hypnotique	p. 48
III-3.5) La sortie de la transe hypnotique	p. 49
IV) LES APPORTS DE L'HYPNOSE DANS LA GESTION DE L'ANXIÉTÉ CHEZ L'ENFANT	p. 50
IV-1) Les différences entre l'hypnose chez l'enfant et chez l'adulte et les objectifs de l'hypnose chez l'enfant	p. 50
IV-1.1) Les différences entre l'hypnose chez l'enfant et chez l'adulte	p. 50
IV-1.2) Les objectifs de l'hypnose chez l'enfant	p. 51
IV-2) Evaluation de « l'hypnotisabilité » et suggestibilité du patient	p. 52
IV-2.1) Les différentes échelles d'hypnotisabilité	p. 52
IV-2.1.1) L'échelle de Stanford	p. 52
IV-2.1.2) L'échelle du Dr Leclerc	p. 54
IV-3) Les apports de l'hypnose durant les soins chez l'enfant	p. 55
IV-3.1) La baisse de l'anxiété et du seuil de la douleur	p. 55
IV-3.2) Utilisable pour tous types de soins	p. 56
IV-3.3) Une technique sûre et efficace	p. 56
IV-3.4) De meilleures suites post-opératoires	p. 56
IV-3.5) Une technique rapide et réversible immédiatement	p. 56
IV-3.6) Une technique peu coûteuse	p. 57
IV-3.7) Une technique efficace en association avec des traitements pharmacologiques	p. 57
IV-3.8) La suppression de mauvaises habitudes (onychophagie, succion du pouce)	p. 57
IV-4) Les apports de l'hypnose avant une séance de soins	p. 57
IV-5) Les contraintes liés à la pratique de l'hypnose pendant les soins	p. 58
IV-5.1) Liées à l'accord des parents	p. 58

IV-5.2) Liées à un environnement propice	p. 58
IV-5.3) Liées à l'absence de formation en cursus universitaire	p. 58
IV-5.4) Liées à une mise en place longue	p. 58
IV-5.5) Liées aux patients	p. 59
IV-5.6) Liées aux contre-indications	p. 59
IV-5.7) Les limites de l'hypnose	p. 60
V) CONCLUSION	p. 61
VI) BIBLIOGRAPHIE	p. 62

I) INTRODUCTION

Souvent, les chirurgiens-dentistes redoutent d'effectuer des soins chez un enfant. En effet, le comportement de l'enfant peut parfois être un frein aux soins dentaires : le refus de coopération, les mouvements du jeune patient, l'anxiété pouvant aboutir à des séances cliniques durant lesquelles les soins n'ont pas pu être effectués. Or les enfants sont susceptibles de souffrir des mêmes pathologies que les adultes au niveau dentaire et certaines peuvent être graves si elles ne sont pas soignées à temps. Il existe plusieurs moyens afin de gérer l'anxiété des enfants au cabinet dentaire qui peuvent être médicamenteux ou psycho-pédagogiques comme l'hypnose.

La première pensée qui vient à l'esprit des gens lorsque l'on évoque le terme « hypnose » se réfère la plupart du temps à l'hypnose de spectacle dans laquelle un show-man prend emprise sur une ou plusieurs personnes du public afin de leur faire faire des actions étonnantes dans le but de divertir l'auditoire. L'exemple le plus célèbre est celui du très médiatique québécois Mesmer. Or aujourd'hui la pratique de l'hypnose dans le domaine médical a bien évolué et ressemble peu à l'hypnose que l'on peut voir lors de représentations publiques. Le patient hypnotisé n'est pas plongé dans un profond sommeil, mais reste tout à fait conscient et maître de ses actes. Le fait de plonger le patient dans un état hypnotique, qui est un état de conscience modifié et non pas de veille, permet une plus grande suggestibilité de la part de ce dernier. Ainsi aujourd'hui l'hypnose peut se révéler utile dans un grand nombre de domaines médicaux que ce soit en addictologie, en obstétrique, en chirurgie ou encore en odontologie. (1) Si les mécanismes physiologiques sont mal connus, plusieurs services hospitaliers en France (AP-HP, Saint Luc Saint Joseph à Lyon) tendent à développer cette pratique avec laquelle on semble avoir de meilleurs résultats au niveau de la récupération après une chirurgie ou de la douleur par exemple. Les applications de l'hypnose, que ce soit afin de réduire la douleur ou de traiter une phobie, peuvent donc être particulièrement intéressantes afin de pouvoir réduire l'anxiété des enfants au cabinet dentaire et peut se révéler d'une aide précieuse pour le chirurgien-dentiste. (2)

II) Première partie : L'anxiété

II-1) Définitions : différences entre peur, anxiété et phobie et leurs différentes manifestations

II-1.1) Définitions

- ▬ peur : sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger, réel ou supposé, d'une menace. (3)

La peur est une émotion ressentie généralement en présence ou dans la perspective d'un danger ou d'une menace. Il s'agit donc d'un sentiment d'angoisse éprouvé en présence ou à la pensée d'un danger réel ou supposé, qui pousse à fuir ou à éviter cette situation considérée comme dangereuse, pénible ou regrettable.(4)

- ▬ anxiété : inquiétude pénible, tension nerveuse, causée par l'incertitude, l'attente ; angoisse. (5)

L'anxiété correspond à une inquiétude pénible, une tension nerveuse causée par l'incertitude, l'attente. Lorsqu'elle prend un caractère excessif, c'est un trouble anxieux, se traduisant par un sentiment indéfinissable d'insécurité. (4)

Les termes « peur » et « anxiété » ont un sens relativement proche et peuvent être utilisés de la même manière. La différence réside dans le fait que l'anxiété est un état émotionnel qui précède la rencontre avec une situation ou un objet engendrant la peur alors que la peur intervient en présence directe de la situation ou de l'objet en cause. (6)

- ▬ angoisse : grande inquiétude, anxiété profonde née du sentiment d'une menace imminente mais vague. Sentiment pénible d'alerte psychique et de mobilisation somatique devant une menace ou un danger indéterminés et se manifestant par des symptômes neurovégétatifs caractéristiques (spasme, sudation, dyspnée, accélération du rythme cardiaque, vertiges...) (4,7)

- ⊖ phobie : crainte angoissante et injustifiée d'une situation, d'un objet ou de l'accomplissement d'une action. C'est une aversion très vive pour quelqu'un ou une peur instinctive de quelque chose. (8)

Médicalement parlant, une phobie est considérée, par les psychiatres comme un état de désordre mental caractérisé par une peur importante et un comportement d'évitement des situations phobiques ce qui cause d'importantes détresses émotionnelles. Si la peur du cabinet dentaire touche environ une personne adulte sur six, on estime qu'un petit pourcentage de cette population est considéré comme phobique. (6)

Les phobies que l'on retrouve le plus au cabinet dentaire sont :

- ⊖ la stomatophobie : peur du dentiste
- ⊖ la béliophobie : peur des aiguilles

- ⊖ stress : état émotionnel de l'organisme soumis à une agression brusque (9)

Le stress provient d'une difficulté à gérer sur le long terme une tension au niveau physique et psychique. C'est une forme de déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. Il est réversible et peut aussi être utile lorsqu'il incite à une action salvatrice. (4)

II-1.2) Manifestations cliniques de la peur :

La peur peut se manifester de différentes manières : il est classique de décrire différents symptômes physiologiques, psychologiques ou comportementaux:

- ⊖ Symptômes physiologiques :
 - * Symptômes cardiovasculaires : ils se caractérisent par des palpitations, une tachycardie, des douleurs précordiales diffuses, une augmentation de la pression artérielle, des écarquillements oculaires, une pâleur cutanée, une horripilation pileuse, des sueurs. Dans les formes les plus aiguës, on peut également observer un infarctus du myocarde. (4)

* Symptômes respiratoires : des problèmes respiratoires peuvent également apparaître, tels qu'une dyspnée, une sensation d'étouffement, de pesanteur thoracique, des bâillements, des soupirs et de l'hyperventilation. (4)

* Symptômes neurologiques : il s'agit de sensations vertigineuses, des céphalées, des douleurs musculaires, des paresthésies, des engourdissements ou des picotements, des modifications sensorielles, des nausées, des difficultés de concentration ou de mémorisation, une dépersonnalisation, une déréalisation, une hyper vigilance, de la fatigue, des tremblements et une hyposialie. (4)

z Symptômes psychologiques :

Des troubles émotionnels peuvent également survenir : sentiment d'appréhension, trouble de la concentration, nervosité, inquiétude, tension, peur d'avoir peur, irritabilité, impatience, angoisse. (4)

z Symptômes comportementaux :

Tous ces différents symptômes vont entraîner une modification du comportement du patient. On peut alors observer un état d'inhibition, d'agitation, un comportement de fuite ou d'évitement, des compulsions (manies telles que le bruxisme ou l'onychophagie, rituels), une recherche répétée de réassurance ou de sédation, une baisse de l'estime de soi, un état d'agressivité.

Des cauchemars, une altération du sommeil et une tendance à l'isolement peuvent également apparaître. (4)

Une corrélation entre la peur et la douleur est régulièrement observée lors des soins par les chirurgiens-dentistes. En effet, si la douleur est un phénomène physiologique elle possède également une forte composante cognitive. C'est pourquoi les patients phobiques présentent souvent une réaction exacerbée à la douleur. (6)

II-2) Les différentes causes de l'anxiété

La peur du dentiste est un phénomène multifactoriel qui est influencé par la personnalité de l'enfant, la peur de la douleur, l'anxiété des membres de la famille par rapport aux soins dentaires ou bien encore par des mauvaises expériences vécues lors de précédents soins. (10)

9% des enfants souffriraient de la peur du dentiste ou de problèmes de comportements lors de soins dentaires. (11)

L'environnement de la salle de soins et l'image du chirurgien-dentiste dans la société jouent également un rôle dans la peur du dentiste. (4)

II-2.1) Place du chirurgien-dentiste dans l'imaginaire collectif

Historiquement, le métier de dentiste en Occident était pratiqué par les barbiers. Les « chirurgiens barbiers », comme ils étaient appelé au Moyen-Âge, se déplaçaient dans les différentes villes et afin d'attirer les potentiels « patients » faisaient des spectacles et proposaient comme service de vendre des « médicaments », des élixirs ou bien encore « d'arracher » des dents sans aucune structure thérapeutique et sans anesthésie. (12) Cette image du charlatan dentiste a donc perduré à travers les âges.

L'image « terrifiante » du dentiste et du cabinet dentaire a longtemps été stigmatisée tant dans la littérature, au cinéma, que dans la culture populaire.

Au cinéma, on retrouve plusieurs scènes explicites où le chirurgien-dentiste et les soins dentaires sont représentés comme douloureux et peu agréables. Par exemple dans le film *L'Aile ou la cuisse* (1976) de Claude Zidi, le personnage joué par Louis de Funès fait tout pour éviter de se faire soigner, essaye de repousser son rendez-vous et refuse d'ouvrir la bouche par crainte du dentiste.

Il existe même un film d'horreur intitulé explicitement *Le Dentiste*, de Brian Yuzna (1996) dans lequel le chirurgien-dentiste incarne un tueur sadique qui commet des meurtres dans son cabinet dentaire à l'aide de ses instruments de soins.

Dans la littérature, un grand classique de la littérature française *Les Misérables*, de Victor Hugo met également en scène un « charlatan dentiste ». En effet, afin de récupérer une

somme d'argent importante, Fantine se fait extraire plusieurs dents, bien que parfaitement saines par un charlatan. Ce dernier, lui explique que cela sera indolore mais en réalité Fantine subit un véritable calvaire. De plus, son sourire édenté par la suite lui vaudra de nombreuses moqueries. (13)

De nombreux dictons populaires évoquent le chirurgien-dentiste, bien souvent de manière péjorative. Ainsi, l'expression « mentir comme un arracheur de dent » encore largement utilisée aujourd'hui contribue à véhiculer cette image négative du chirurgien-dentiste. On remarque ici que le rôle du chirurgien-dentiste est réduit uniquement au fait « d'arracher des dents », acte bien souvent perçu comme douloureux et mutilant. Dans ce proverbe, le dentiste est perçu comme une personne malhonnête et sadique.

II-2.2) L'influence des parents :

Les parents sont la plupart du temps les personnes qui vont prévoir le rendez-vous chez le dentiste pour leur enfant et leurs accompagnateurs à leur rendez-vous. Ainsi, ce sont eux qui vont « préparer » l'enfant à son rendez-vous. Les commentaires liés à des expériences vécues chez le dentiste par les parents vont donc influencer la bonne coopération de l'enfant lors des premiers rendez-vous.(14) On peut parfois entendre les parents faire des menaces à leurs enfants telles que « Attention, si tu n'es pas sage, le dentiste va te faire une piqûre ! », ce qui crée un sentiment d'anxiété chez l'enfant avant même d'avoir commencé les soins. Aussi, les « récompenses » promises aux jeunes patients avant un rendez-vous chez le dentiste s'ils sont sages ou ne pleurent pas, peuvent faire penser à l'avance à l'enfant que la séance de soins sera un moment désagréable.

L'anxiété de la mère joue un rôle important dans l'anxiété de l'enfant. Il est donc important d'instaurer une bonne communication entre le jeune patient, la mère et l'équipe soignante. (15)

II-2.3) Sentiment d'impuissance

L'enfant éprouve un sentiment d'impuissance sur le fauteuil car il ne maîtrise pas ce qui lui arrive. Il est à la merci du praticien, en position allongée vulnérable et inconfortable et doit rester immobile durant toute la durée de l'acte. (16)

II-2.4) Contexte du cabinet :

Le contexte du cabinet dentaire (couleurs froides, fauteuil du dentiste, lumière scialytique éblouissante) et la tenue vestimentaire de l'équipe soignante (masque, gants, blouse blanche) rappelle l'hôpital, qui est souvent associé à de mauvaises expériences vécues.(6) Le matériel dentaire peut être effrayant pour le patient, en effet de nombreux instruments sont pointus et paraissent agressifs ou potentiellement dangereux pour l'enfant. Les aiguilles utilisées lors des anesthésies dentaires rappellent également de mauvais souvenirs à l'enfant tels qu'une vaccination ou une prise de sang. Ce sentiment d'anxiété est provoqué par la crainte de la douleur et l'intrusion d'un corps étranger. 10% de la population générale et 19% des enfants âgés de 4 à 6 ans ont peur des aiguilles. (17,18) L'évitement de séances régulières de contrôles bucco-dentaires est fortement corrélé à une forte « peur du dentiste » ou à la peur de gestes douloureux et particulièrement l'anesthésie locale. (19,20)

II-2.5) Mauvaise expérience vécue :

Les enfants nécessitant des soins très tôt dans leur vie vont associer un rendez-vous dentaire à une expérience désagréable. En effet, ces patients présentent souvent des soins importants à réaliser et donc douloureux dès leur jeune âge. (6,15)

II-2.6) La mise en alerte des cinq sens de l'enfant :

- la vue : la lumière scialytique est souvent perçue comme agressive et éblouissante par les enfants. Les enfants ont souvent tendance à se cacher les yeux ou détourner la tête lors de l'allumage de la lumière. L'environnement de la salle de soins souvent blanche et épurée rappelle également le contexte hospitalier. Enfin, la vision de près des instruments permettant les soins est inconfortable pour l'enfant. (16)

- l'ouïe : le bruit des compresseurs permettant de faire fonctionner les instruments tels que les turbines ou le bruit des inserts à ultrasons sont désagréables pour le patient. (21,22) De plus, des pleurs ou des cris entendus depuis la salle d'attente peuvent être une source d'anxiété supplémentaire.

- l'odorat : l'odorat est stimulé par de nombreux produits odorants utilisés lors des soins dentaires. L'eugénol ou l'hypochlorite de sodium ont des odeurs fortes et ressenties uniquement chez le dentiste. (16)

En revanche, l'utilisation de parfums agréables en salle d'attente comme la lavande ou à l'orange semble réduire l'anxiété des patients. (6)

- le goût : tout comme l'odorat, de nombreux produits utilisés lors des soins influencent le goût même si des efforts ont été effectués pour améliorer cette sensation avec l'ajout d'arômes dans certains produits comme les anesthésiques de contact. L'eugénol et les solutions anesthésiques ont un goût très amer et désagréable pour le patient pouvant entraîner des nausées. Les enfants semblent être beaucoup plus sensibles aux stimuli gustatifs déplaisants et surtout à l'amer. (23)

- le toucher : le toucher, à proprement parler, est le sens le moins sollicité lors d'une séance clinique au cabinet dentaire, car le patient ne doit pas bouger et donc ne rien toucher. Cependant, la sphère oro-faciale est revêtue de très nombreux récepteurs sensoriels. Ces récepteurs permettent la perception de la douleur, de la chaleur, des tensions musculaires. Ainsi lors d'un soin dentaire toutes ces perceptions peuvent être sollicitées. (24)

II-2.7) La peur de la douleur

La relation entre anxiété et douleur est extrêmement forte. Les enfants les plus anxieux, lors des soins dentaires, ont généralement une perception de la douleur qui est exagérée, mais il est difficile de quantifier objectivement la douleur car elle varie chez l'enfant en fonction des expériences sociales, émotionnelles et cognitives de l'enfant. (17,25) En effet, même si la douleur est causée par un phénomène physiologique, elle présente une forte composante cognitive. Les personnes souffrant d'anxiété lors de soins dentaires peuvent avoir une anticipation exagérée de la douleur. (6)

II-3) L'évaluation de l'anxiété au cabinet

Il existe différents moyens pour évaluer l'anxiété d'un enfant lors d'un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste.

II-3.1) L'autoévaluation

L'évaluation peut se faire grâce à une autoévaluation chez un enfant coopérant. Différents moyens sont employés : via un dessin fait avant la consultation, via un questionnaire ou bien encore via une Echelle Visuelle Analogique (EVA). (26)

II-3.1.1) Le dessin

On peut demander au patient de réaliser un dessin du cabinet dentaire avant la consultation dans la salle d'attente.

L'interprétation du dessin peut donner des indices sur la personnalité de l'enfant ou son vécu affectif. Ainsi l'importance donnée à certains objets ou aux personnes représentées peut renseigner sur les craintes de l'enfant. Cette méthode nécessite une interprétation par le chirurgien-dentiste et est donc peu reproductible.

Par exemple, le praticien peut interpréter le dessin un enfant ayant représenté un personnage qui pleure ou qui a mal comme le dessin d'un enfant anxieux et qui redoute la consultation. (26)

II-3.1.2) le questionnaire « Children-Fear Survey Schedule-Dental Subscale » (CFSS-DS) (27)

L'enfant doit qualifier son sentiment durant les différentes situations citées dans le tableau 1.

L'enfant doit cocher le chiffre 1 s'il n'est pas effrayé du tout. Le chiffre 2 correspond à « un petit peu effrayé », le 3 à « assez effrayé », le 4 à « effrayé » et enfin le 5 à « très effrayé »

1. Dentists	1 2 3 4 5
2. Doctors	1 2 3 4 5
3. Injections	1 2 3 4 5
4. Having somebody examine the mouth	1 2 3 4 5
5. Having to open your mouth	1 2 3 4 5
6. Having a stranger touch you	1 2 3 4 5
7. Having somebody look at you	1 2 3 4 5
8. The dentist drilling	1 2 3 4 5
9. The sight of the dentist drilling	1 2 3 4 5
10. The noise of the dentist drilling	1 2 3 4 5
11. Having someone put instruments in your mouth	1 2 3 4 5
12. Choking	1 2 3 4 5
13. Having to go to the hospital	1 2 3 4 5
14. People in white uniforms	1 2 3 4 5
15. Having the nurse clean your teeth	1 2 3 4 5
The anxiety is marked in 5 point anxiety scale:	
1. Not afraid at all	
2. Very little	
3. Moderate fear	
4. Pretty much afraid	
5. Very much afraid	

Tableau 1. Children-Fear Survey Schedule-Dental Subscale (27)

II-3.1.3) L'échelle d'anxiété dentaire adaptée de l'échelle de Corah (28)

L'échelle de Corah a été créée en 1969 afin que le patient évalue lui-même grâce au questionnaire du tableau 2 son anxiété vis-à-vis des soins dentaires. Il existe un questionnaire qui a spécialement été adapté pour l'enfant, qui est simplifié avec un vocabulaire adapté à l'enfant. (Tableau 2)

Imaginez-vous dans une situation où vous avez rendez-vous demain chez le dentiste. Comment vous sentez-vous ? Cochez la situation qui convient.

- 1) Cela ne me dérange pas du tout
- 2) Cela ne m'inquiète pas particulièrement
- 3) Cela m'inquiète un peu
- 4) J'aurais peur que cela soit désagréable ou douloureux
- 5) Je serais paniqué à l'idée de ce que va faire le dentiste

Imaginez-vous assis dans la salle d'attente attendant votre tour. Que ressentiriez-vous ? Cochez la situation qui convient.

- 1 Parfaitement calme
- 2 Un peu inquiet
- 3 Tendus
- 4 Nerveux et anxieux
- 5 Si nerveux et paniqué que cela me ferait transpirer et me sentir mal.

Imaginez-vous que c'est votre tour. Vous prenez place au fauteuil et vous voyez le dentiste préparer ses instruments. Que ressentiriez-vous ? Cochez la situation qui convient.

- 1 Parfaitement calme
- 2 Un peu inquiet
- 3 Tendus
- 4 Nerveux et anxieux
- 5 Si nerveux et paniqué que cela me ferait transpirer et me sentir mal.

Imaginez-vous installé dans le fauteuil. Il ou elle va juste commencer à vous faire un détartrage.

- 1 Parfaitement calme
- 2 Un peu inquiet
- 3 Tendus
- 4 Nerveux et anxieux
- 5 Si nerveux et paniqué que cela me ferait transpirer et me sentir mal

Additionnez vos réponses et calculez votre score:

- ⊖ Inférieur à 8 vous pouvez entreprendre un traitement dentaire dans l'immédiat
- ⊖ Compris entre 8-12 vous accéderez facilement à des soins dentaires mais une thérapie vous aidera à vous détendre.
- ⊖ Supérieur à 12 vous avez besoin d'une thérapie cognitive et comportementale pour accéder à des soins dentaires confortables.

Tableau 2. Echelle d'anxiété des soins dentaires

DAS – Dental Anxiety Scale (Corah 1969) traduite en français (28)

II-3.1.4) L'EVA

L'échelle visuelle analogique est fréquemment utilisée pour évaluer la douleur chez les enfants. Elle peut également être utilisée pour évaluer l'anxiété ou le stress ressenti chez un jeune patient avant un rendez-vous dentaire. (26)

Cette échelle est présentée au patient et, à l'aide d'une réglette, l'enfant évalue lui-même son état d'anxiété en faisant « glisser » la réglette selon l'anxiété ressentie.

Cette échelle présente 2 faces (figure 1) :

- une face « patient » qui est présentée au patient
- une face « praticien » qui permet au praticien d'évaluer le degré d'anxiété selon le score affiché par le patient. (26)

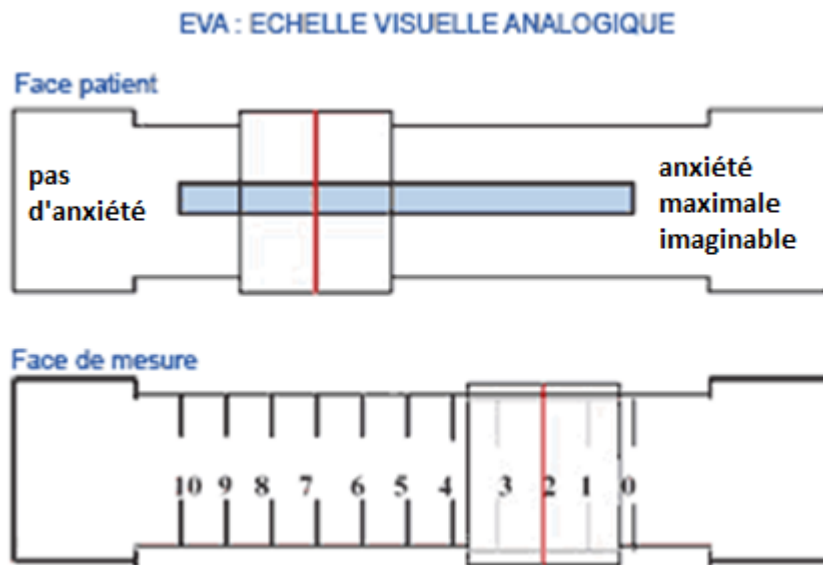


Figure 1. Echelle Visuelle Analogique adaptée à l'anxiété (29)

II-3.2) L'hétéroévaluation

Pour compléter l'autoévaluation ou pour des très jeunes patients âgés de moins de 6 ans ou pour des patients présentant des déficiences, il existe aussi des méthodes d'hétéroévaluation. L'évaluation sera réalisée par le praticien.

II-3.2.1) L'observation

L'hétéroévaluation peut reposer sur l'observation et l'analyse du comportement, de la communication, des mimiques et de la gestuelle du patient durant les soins et dans la salle d'attente. Cette méthode d'évaluation est subjective et à l'appréciation du praticien. Par exemple, un enfant qui rechigne à rentrer dans la salle d'attente ou qui se cache derrière ses parents est plus anxieux, peut mettre plus de temps à coopérer et être plus difficile à soigner qu'un enfant entrant dans la salle de soins de son plein gré et souriant. (26)

Il existe également différentes échelles qui permettent d'évaluer le comportement de l'enfant selon des critères plus subjectifs que l'observation du comportement de l'enfant.

II-3.2.2) L'échelle de Frankl (30)

Quatre niveaux d'évaluation numérotés sont décrits de 0 à 3 selon l'échelle de Frankl sur le comportement de l'enfant. Plus le score est élevé plus l'enfant sera coopérant. Cette échelle est la plus simple à utiliser (tableau 3). (30)

Scores de l'échelle de Frankl

- 0 : Comportement définitivement négatif : refuse le traitement, crie avec force, opposant/soins.
- 1 : Comportement négatif : peu disposé à accepter les soins. Certains signes d'opposition existent mais pas forcément déclarés (air maussade, renfrogné).
- 2 : Comportement positif : accepte le traitement avec réserve. Il est prudent mais suit les directives du praticien.
- 3 : Comportement définitivement positif : bons rapports/praticien, intéressé par le traitement. Il rit souvent et semble apprécier la visite.

Tableau 3. Scores de l'échelle de Frankl (30)

II-3.2.3) L'échelle de Venham (31)

L'échelle de Venham comporte 6 scores. A l'inverse de l'échelle de Frankl, le score 0 définit le type de comportement le plus coopératif. Le score 5 étant le plus élevé et définit un comportement totalement réfractaire (tableau 4).

Tableau IV – Stades comportementaux d'un patient dans le contexte des soins dentaires, selon l'échelle de Venham modifiée, version française.	
Score	Description du comportement
0 Détendu	Souriant, ouvert, capable de converser, meilleures conditions de travail possibles. Adopte le comportement voulu par le chirurgien-dentiste spontanément, ou dès qu'on le lui demande.
1 Mal à l'aise, préoccupé	Regard direct mais expression faciale tendue. Observe furtivement l'environnement. S'appuie spontanément sur le dossier du fauteuil. Les mains restent baissées ou sont partiellement levées pour signaler l'inconfort. Pendant une manœuvre stressante, peut protester brièvement et rapidement pour montrer son inconfort. Le patient est disposé à – et capable de – dire ce qu'il ressent quand on le lui demande. Respiration parfois retenue. Capable de bien coopérer avec le chirurgien-dentiste.
2 Tendu.	Le ton de la voix, les questions et les réponses traduisent l'anxiété. Multiplie les demandes d'informations. Mains crispées aux accoudoirs, peuvent se tendre et se lever, mais sans gêner le praticien. S'appuie au dossier spontanément, mais la tête et le cou restent tendus. Accepte le main-dans-la-main. Regard direct. Pendant une manœuvre stressante, protestations verbales, pleurs discrets possibles. Le patient interprète la situation avec une exactitude raisonnable et continue d'essayer de maîtriser son anxiété. Les protestations sont plus gênantes. Le patient obéit encore lorsqu'on lui demande de coopérer. La continuité thérapeutique est préservée.
3 Réticent à accepter la situation thérapeutique	A du mal à évaluer le danger. Soupire souvent. Protestations énergiques, pleurs possibles. S'appuie au dossier après plusieurs sollicitations, la tête et le cou restent tendus. Légers mouvements d'évitement. Mains crispées, regard parfois fuyant. Accepte le main-dans-la-main. Hésite à utiliser les mains pour essayer de bloquer les gestes du dentiste. Gigote un peu. Proteste verbalement, larmoyant. Protestations sans commune mesure avec le danger ou exprimée bien avant le danger. Parvient à faire face à la situation, avec beaucoup de réticence. La séance se déroule avec difficultés.
4 Très perturbé par l'anxiété et incapable d'évaluer la situation	Crispation importante, sourcils froncés, regard fuyant, les yeux peuvent être volontairement fermés. Pleurs véhéments sans rapport avec le traitement. Mouvements d'évitement brusques. Pose ses mains sur sa bouche ou sur le bras du praticien mais finit par laisser faire. Serre les lèvres mais finit par garder la bouche ouverte. Soulève fréquemment sa tête du dossier. Rejette le contact corporel, mais peut encore accepter le main-dans-la-main. Importantes contorsions, nécessitant parfois une contention. Le patient peut être accessible à la communication verbale et finir, après beaucoup d'efforts et non sans réticence, à essayer de se maîtriser. La dissociation est partielle. La séance est régulièrement interrompue par les protestations.
5 Totalement déconnecté de la réalité du danger	Inaccessible à la communication. Rejette le contact corporel. Serre les lèvres et les dents. Referme la bouche et serre les dents dès que possible. Agite violemment la tête. Pleure fort à grands cris, hurle, dit des injures, se débat, est agressif; inaccessible à la communication verbale, et visuelle. Quel que soit l'âge, présente des réactions primitives de fuite. Tente activement de s'échapper. Contention indispensable.

Tableau 4. Stades comportementaux d'un patient dans le contexte de soins dentaires selon l'échelle de Venham modifiée, en français. (31)

II-3.2.4) L'échelle de Houpt (32)

L'échelle de Houpt se base sur le comportement du patient au cours d'une séance clinique et est évalué à la fin de la séance grâce à un enregistrement vidéo. L'échelle de Houpt permet d'évaluer la coopération de l'enfant durant la séance de soins, plus le score est élevé et plus l'enfant sera coopérant. Cette échelle comprend également six scores (tableau 5). En évaluant chaque séance de soins, le praticien peut facilement vérifier s'il y a une amélioration de la coopération du patient avec le nombre de séance.

Plusieurs points sont évalués par le chirurgien-dentiste lors de la séance de soins. Les différents items évalués sont :

- les pleurs
- la coopération
- l'appréhension, l'attention,
- l'évaluation de l'efficacité clinique de la séance.

Score 1 : séance "blanche"- aucun traitement n'a pu être réalisé

Score 2 : un traitement partiel a pu être réalisé mais il a dû être interrompu

Score 3 : traitement presque achevé mais interrompu à la fin du traitement

Score 4 : traitement achevé mais difficile

Score 5 : mouvements très limités, en général au moment de l'anesthésie

Score 6 : excellent - pas de pleurs ni de mouvements

Tableau 5. Tableau des scores de l'échelle de Houpt (32)

II-3.2.5) L'Ohio State University Behavior Rating Scale (OSUBRS) (32)

Il s'agit d'une échelle rétrospective comme l'échelle de Houpt. Le score est désigné par une lettre selon le comportement au cours de la séance. Comme l'échelle de Houpt elle permet d'évaluer les progrès ou non dans le comportement de l'enfant durant une séance clinique avec le temps.

Le comportement du patient est évalué en 4 niveaux (tableau 6).

- Q : attitude de repos.
- C : pleurs, sans agitation.
- M : agitation, sans pleurs.
- S : pleurs et agitation.

Tableau 6. Niveaux de l'Ohio State University Behavior Rating Scale (OSUBRS)(32)

Un enfant présentant un niveau Q sera plus beaucoup plus coopérant et donc plus facile à soigner qu'un enfant présentant un niveau S.

II-3.2.6 Modified Yale Preoperative Anxiety Scale (mYPAS) (33)

La mYPAS est une échelle qui permet d'évaluer l'anxiété des enfants dès l'âge de 2 ans. C'est une échelle basée sur l'observation qui contient 22 items répartis en 5 catégories : l'activité, le comportement verbal, l'expression, l'éveil et l'attitude avec les parents (tableau 7). Dans ces 5 catégories, l'item correspondant au comportement observable de l'enfant sera retenu. Compte tenu du fait que les catégories ont un nombre d'items différents (quatre ou six), des quotients sont calculés puis additionnés afin d'obtenir un score total allant de 0 (aucune anxiété) à 100 (anxiété maximale). Par exemple, pour un protocole avec un score de 1 pour les cinq catégories, le calcul qui permet de déterminer le score est : $(1/4 + 1/6 + 1/4 + 1/4 + 1/4) \times 100/5 = \text{score total}$. Les enfants ayant un score inférieur ou égal à 24 sont considérés comme calmes, et ceux dont le score est supérieur à 24 comme anxieux. (34)

Cette étude a été traduite en français mais n'a pas été validée cliniquement contrairement à la version anglaise. (33,34)

Les enfants anxieux sont des enfants difficiles à soigner et des moyens (approche comportementale, prémédication sédatrice, MEOPA, hypnose...) pour faire baisser cette anxiété sont à utiliser afin de pouvoir soigner ces enfants.

A) Activity

1. Looking around, curious, playing with toys, reading (or other age- appropriate behavior); moves around holding area/treatment room to get toys or to go to parent; may move toward operating room equipment
2. Not exploring or playing, may look down, fidget with hands or suck thumb (blanket); may sit close to parent while waiting, or play has a definite manic quality
3. Moving from toy to parent in unfocused manner, nonactivity-derived movements; frenetic/frenzied movement or play; squirming, moving on table; may push mask away or cling to parent
4. Actively trying to get away, pushes with feet and arms, may move whole body; in waiting room, running around unfocused, not looking at toys, will not separate from parent, desperate clinging

B) Vocalizations

1. Reading (nonvocalizing appropriate to activity), asking questions, making comments, babbling, laughing, readily answers questions but may be generally quiet; child too young to talk in social situations or too engrossed in play to respond
2. Responding to adults but whispers, "baby talk," only head nodding
3. Quiet, no sounds or responses to adults
4. Whimpering, moaning, groaning, silently crying
5. Crying or may be screaming "no"
6. Crying, screaming loudly, sustained (audible through mask)

C) Emotional Expressivity

1. Manifestly happy, smiling, or concentrating on play
2. Neutral, no visible expression on face
3. Worried (sad) to frightened, sad, worried, or tearful eyes
4. Distressed, crying, extreme upset, may have wide eyes

D) State of Apparent Arousal

1. Alert, looks around occasionally, notices or watches what anesthesiologist does (could be relaxed)
2. Withdrawn, sitting still and quiet, may be sucking on thumb or have face turned in to adult
3. Vigilant, looking quickly all around, may startle to sounds, eyes wide, body tense
4. Panicked whimpering, may be crying or pushing others away, turns away

E) Use of Parents

1. Busy playing, sitting idle, or engaged in age-appropriate behavior and doesn't need parent; may interact with parent if parent initiates the interaction
2. Reaches out to parent (approaches parent and speaks to otherwise silent parent), seeks and accepts comfort, may lean against parent
3. Looks to parent quietly, apparently watches actions, doesn't seek contact or comfort, accepts it if offered or clings to parent
4. Keeps parent at distance or may actively withdraw from parent, may push parent away or desperately cling to parent and not let parent go.

Tableau 7. Modified Yale Preoperative Anxiety Scale (mYPAS) (33)

II-4) Les différents moyens de réduire l'anxiété :

II-4.1) L'approche comportementale

II-4.1.1) L'importance de la communication

Il existe différentes stratégies d'approche comportementale de l'enfant afin de faciliter les soins chez des enfants coopérants ou qui peuvent potentiellement l'être comme la communication verbale, la communication non verbale, la communication para-verbale ou la technique « tell, show, do ». Ces stratégies permettent de diminuer l'anxiété de l'enfant par des moyens simples de communication avec l'enfant et ainsi d'instaurer une relation de confiance avec le patient (26). La communication joue un rôle important dans l'acceptation des soins par le patient. Le praticien est l'émetteur d'un message qu'il transmet au patient qui est le récepteur de ce message. Afin de transmettre ce message l'émetteur dispose de différents moyens de communication. La communication verbale qui transmet le message à l'aide des mots et du vocabulaire employés par l'émetteur. On estime qu'elle représente 7% du message transmis au patient. La communication non verbale se transmet par les gestes, la posture du praticien et ses expressions du visage. Elle représente quant à elle 55% la plus grande part de la communication. Enfin la communication para-verbale se fait grâce au volume, au timbre et au rythme de la voix et représente 35% de la communication (figure 2). (35,36)

Les techniques de communications comme le « tell, do, show » utilisent les principes de communications décrits ci-dessus afin de rassurer le jeune patient en expliquant, en faisant participer le patient et en montrant les gestes qui seront effectués pendant le soin. Cette technique permet de réduire « l'inconnu » et de capter l'attention de l'enfant pendant toute la durée du soin. (37)

Il est important de donner des informations aux parents et à l'enfant avant le rendez-vous de soins car la capacité à écouter diminue grandement avec l'anxiété ou l'attente qu'il peut y avoir en salle d'attente avant les soins. Transmettre les consignes par écrit renforce également l'assimilation du message car 50% du message délivré sera oublié dans les 5 minutes qui suivent la fin de la séance. On peut réaliser une fiche récapitulative sur les conseils bucco-dentaire à réaliser à la maison, afin d'avoir une meilleure observance du patient et de ses parents au niveau de l'hygiène. (26)

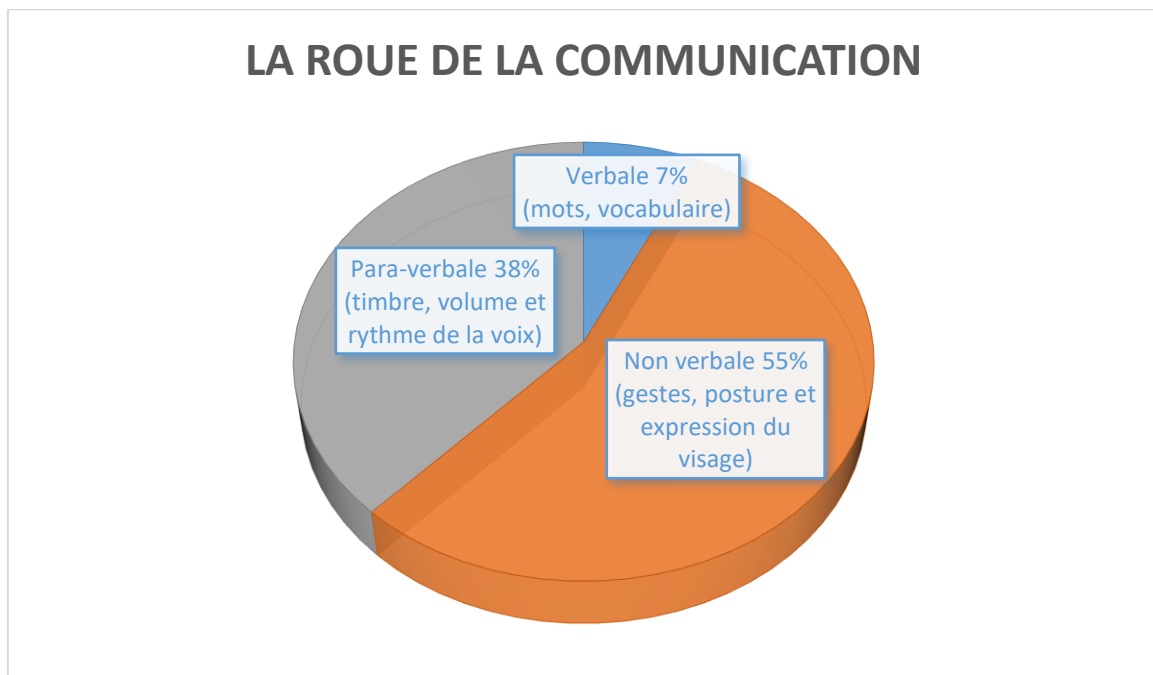


Figure 2. Schéma de la roue de la communication (35,36)

Les techniques de communications peuvent être apparentées à de l'hypnose, parfois appelée hypnose informelle. En effet, si dans le cas de l'utilisation des techniques de communication l'état de transe n'est pas recherché les buts sont similaires à ceux de l'hypnose. En utilisant ces techniques le praticien va chercher à capter l'attention du patient pour la détourner des peurs de celui-ci. (38)

Dès les années 1960, l'importance de la communication et son rapport proche avec l'hypnose était mis en évidence. Ainsi, Fross décrit le concept de « chairside manner», qui n'a pas d'équivalent français, qui englobe toutes les techniques de communication et d'hypnose formelles ou informelles utilisées par les dentistes afin de transmettre au patient un sentiment de confiance et de respect, en exprimant le souci du bien-être du patient. (39)

II-4.1.2) Les techniques de communication

II-4.1.2.1) La communication verbale

Le praticien va utiliser un vocabulaire adapté à l'âge de l'enfant afin de s'assurer que le message soit transmis et compris par l'enfant. Chez le jeune enfant, on peut donner des

explications en utilisant des métaphores. Par exemple «la piqûre » devient un « petit moustique », pour « ouvrir la bouche » on dira « faire le crocodile », etc...

L'utilisation de la négation et d'un langage négatif est à proscrire. En effet, le cerveau humain n'est pas fait pour assimiler la négation, ainsi lorsque le praticien dit « Ne t'inquiète pas, ça ne va pas faire mal » l'enfant aura tendance à ne retenir que l'évocation de la douleur ce qui sera source d'anxiété. (26,40)

II-4.1.2.2) La communication non verbale

Le sourire est un outil de communication important, rassure l'enfant et peut renforcer le message verbal.

Les gestes et les contacts avec les patients peuvent également être rassurants et instaurer un climat de confiance entre le praticien et le jeune patient. Toucher l'épaule en signe d'encouragement ou rassurer les plus jeunes en leur caressant le front réduit le stress et améliore l'adhésion du patient à une sollicitation.

Lors des soins, le patient est dans une position allongée synonyme de soumission par rapport au praticien, le message est moins bien perçu par le récepteur. Il faut donc transmettre le message avant d'allonger le patient en se mettant à sa hauteur. De plus, un patient en position soumise aura tendance à plus percevoir la douleur. (37)

II-4.1.2.3) La communication para-verbale

En fonction du volume de la voix, on peut faire passer différents messages. Une voix forte permet de s'imposer et peut intimider alors qu'une voix de moyenne intensité permet une meilleure compréhension du message.

Utiliser un rythme lent et faire des pauses permet également une meilleure transmission du message.

Un timbre de voix bas et grave et monocorde sera rassurant pour le patient. (26)

II-4.1.2.4) « Tell, show, do » ou Expliquer, montrer, faire

Il faut savoir prendre le temps d'expliquer ce que le chirurgien-dentiste va faire lors de cette séance en stimulant tous les sens du patient et pour préparer le patient au soin. Le

canal visuel est stimulé en montrant les instruments que le praticien va utiliser alors que le canal kinesthésique sera stimulé en touchant les instruments (comme la fraise par exemple). Le canal auditif sera stimulé en faisant écouter les bruits des moteurs ou de l'aspiration par exemple. Enfin le canal olfactif peut être stimulé en faisant sentir la pâte à polir. Les sens du patient sont préparés afin de l'habituer au soin et de ne pas le surprendre. Il est important de ne pas mentir à l'enfant, en lui disant qu'il ne va rien sentir par exemple car cela peut rompre la confiance établie et une régression dans son comportement peut être observée.

Ensuite, le soignant peut montrer les actes qu'il va réaliser par la suite d'abord sur une peluche ou sur la main des parents puis sur la main de l'enfant.

Seulement après avoir expliqué et montré le déroulement de l'acte la réalisation de l'acte peut commencer. (26,37)

II-4.1.2.5) Le renforcement positif

Il faut féliciter l'enfant lorsqu'il est coopérant ou lorsque des progrès sont observés dans le comportement de l'enfant. Ceci permet de maintenir voire d'augmenter la coopération du patient.

L'humour et les distractions, comme des musiques douces ou raconter une histoire drôle, permettent également de détourner l'attention de l'enfant sur une gêne qu'il peut ressentir lors de l'anesthésie par exemple. (26)

II-4.2) Sédation et analgésie

En plus de l'approche psycho-pédagogique comportementale de l'enfant, l'administration de médicaments induisant une anxiolyse, une sédation, une analgésie ou une anesthésie générale peuvent aider à la coopération du jeune patient.

Les objectifs de la sédation/analgésie :

- Promouvoir le bien-être du patient en diminuant l'anxiété, l'inconfort et/ou la douleur, dans des conditions de sécurité optimales
- Faciliter la réalisation de soins de qualité chez des patients présentant des difficultés comportementales

- Prévenir le développement de l'anxiété et la peur des soins dentaires

II-4.2.1) La prémédication sédative

Elle induit une sédation légère chez l'enfant anxieux. Il existe principalement 2 classes de médicaments prescrites en pré-opératoire en pédiatrie.

Ces médicaments impliquent des conseils pré et post-opératoires. En effet, un adulte responsable doit accompagner l'enfant et veiller sur lui après son retour au domicile et le respect de la posologie et de l'heure du rendez-vous sont importants car ils vont influencer sur l'effet des médicaments. (26)

- L'hydroxyzine (Atarax®) c'est une molécule faiblement anxiolytique, mais prescrite dans la majorité des cas pour une sédation consciente en cabinet. La dose recommandée est de 1mg/kg per os et l'effet maximal est observé 1 heure après la prise, même si cet effet est inconstant. (26)
- Les benzodiazépines : ce sont des molécules chimiquement homogènes qui ont des propriétés sédatives, anxiolytiques, hypnotiques, amnésiantes et anticonvulsivantes. La molécule la plus couramment utilisée au cabinet dentaire pour les enfants est le diazépam (Valium®). Sa posologie est de 0,2mg/kg. L'efficacité maximale per os survient au bout de 45 minutes. Cependant, sa demi-vie d'élimination est très longue (32 heures). Le Valium® est contre-indiquée dans le cas d'insuffisance respiratoire grave, d'insuffisance hépatique grave, de myasthénie et de syndrome d'apnée du sommeil. Il faut diminuer la dose prescrite chez un patient atteint de trisomie 21. (40)
- L'alimémazine (Théralène®), utilisée par le passé en tant que prémédication chez l'enfant pour son action sédative, a perdu son indication en prémédication avant des soins ou une anesthésie générale depuis 2018. L'alimémazine est désormais indiquée uniquement dans le traitement de l'insomnie. (41)

Les avantages de la prémédication sédatrice :

- Elles sont bien acceptées par les enfants.
- Elles sont faciles à administrer, car utilisées la plupart du temps en voie per os. La voie rectale peut également être privilégiée car son efficacité maximale a lieu au bout de 15 minutes.
- Leur coût est peu élevé.
- Elles ne nécessitent pas d'équipement spécial au cabinet hormis la trousse d'urgence obligatoire au cabinet en cas de problème.

Les inconvénients de la prémédication sédatrice :

- La dose adéquate de médication est difficile à établir.
- L'effet dépend du degré d'absorption intestinale
- Leur action est plus longue que la durée des soins.
- Elle est moins efficace chez les enfants polymédiqués (exemple : enfants handicapés sous psychotropes)
- Chez l'enfant les effets paradoxaux sont relativement fréquents

II-4.2.2) Méthode de sédation consciente par inhalation de MEOPA (26)

Le MEOPA est un mélange équimolaire d'oxygène et de protoxyde d'azote. Il est utilisé par inhalation d'un mélange gazeux composé de 50% d'oxygène et de 50% de protoxyde d'azote pour son action anxiolytique et euphorisante et son effet antalgique. Il s'agit d'une méthode de sédation consciente qui ne nécessite pas d'être pratiquée dans un cadre hospitalier et apparaît comme une alternative à l'anesthésie générale chez des patients « difficiles ». L'état de conscience est modifié et légèrement abaissé mais l'enfant reste vigile et peut interagir avec l'environnement ou coopérer avec son entourage et ne nécessite pas d'assistance respiratoire.

Les avantages de ce moyen de sédation de par sa faible solubilité dans le sang et les tissus et sa forte capacité de diffusion sont sa rapidité d'action (l'effet est visible en 3 minutes) et sa réversibilité (environ 5 minutes).

Le système permettant l'inhalation de ce gaz est simple et est composé d'une bouteille de mélange équimolaire et d'un masque nasal ou nasobuccal relié à cette bouteille par un flexible par lequel transite ce gaz. Le MEOPA est commercialisé sous plusieurs noms commerciaux : Kalinox®, Médimix 50®, Oxynox®135 et Antasol®135.

Le protocole opératoire est simple, généralement au début de la première visite le praticien familiarise le patient avec le masque et le matériel permettant l'inhalation, ensuite le praticien applique le masque avant de commencer les soins. Après 3 à 5 minutes d'inhalation par le patient les soins peuvent commencer. Du fait de sa réversibilité rapide le masque doit être appliqué plusieurs fois entre les différentes phases d'intervention durant toute la durée des soins pour obtenir une sédation adéquate. Lors des premières séances et selon le comportement des enfants le masque est appliqué par l'équipe soignante pour assurer une bonne étanchéité, mais ensuite le masque peut être maintenu par l'enfant lui-même.

Le débit du mélange est fonction de la ventilation spontanée du patient et est facilement modulable.

L'utilisation de la sédation consciente par inhalation de MEOPA est indiquée pour les jeunes enfants à partir de 4 ans, les enfants et les adolescents anxieux ou phobiques, les patients atteints de déficience mentale, les insuffisants moteurs cérébraux, les autistes, les enfants porteurs de trisomie 21, les polyhandicapés.

En revanche, il existe des contre-indications absolues chez les patients souffrant de pneumothorax, nécessitant une ventilation en oxygène pur et présentant une hypertension intracrânienne. Chez les patients psychotiques on observe également un risque de dissociation mentale.

La sédation s'observe par une détente objectivable du patient. Il est important d'entretenir un dialogue avec l'enfant pendant toute la durée des soins pour gagner la confiance de l'enfant, faire diversion et pour évaluer son niveau de conscience.

Les effets indésirables sont rares, minimes et rapidement réversibles. Il peut s'agir de nausées et de vomissements et de sudations plus ou moins importantes. Les soins peuvent être poursuivis peu de temps après ces effets secondaires.

La pratique journalière de ce type de sédation peut entraîner une certaine toxicité pour le praticien et le personnel médical qui l'a met en œuvre, c'est pour cela qu'il est conseillé de bénéficier d'un système de ventilation de la pièce efficace (système d'extracteur d'air, évacuation à l'extérieur de la pièce par une fenêtre).

Selon une étude publiée en 2016 évaluant l'efficacité du MEOPA et portant sur 688 cas, la sédation consciente par inhalation de MEOPA a permis de réaliser les soins dentaires nécessaires dans 86,3% des cas. Selon cette étude, la sédation consciente est efficace sans différence de résultat chez les très jeunes enfants, les patients phobiques et les patients souffrant de déficience mentale. (42)

Les échecs de ce type de sédation s'observent :

- lors d'une mise en condition inadéquate du patient
- chez un patient qui persiste à garder le contrôle de la situation
- chez un patient qui refuse le masque
- chez un patient qui présente une ventilation buccale stricte
- chez un patient enrhumé avec des voies aériennes encombrées et souffrant de quintes de toux
- chez un patient trop jeune
- chez un patient présentant un handicap trop lourd ne permettant pas la coopération lors des soins.

Les échecs sont rares mais s'ils surviennent d'autres formes de sédation doivent être envisagées telles que l'hypnose ou une anesthésie générale. (26)

II-4.2.3) Méthodes de sédation profonde ou anesthésie générale (26)

Les méthodes de sédation profonde sont à envisager lorsque toutes les méthodes de sédation précédentes ce sont soldées par un échec thérapeutique, car elles présentent un certain nombre de contraintes. En effet, les soins sous anesthésie générale présente un risque vital quel que soit la durée et le type de l'intervention. Il est donc indispensable de bien mesurer les risques encourus par rapport aux bénéfices escomptés par les soins avant

d'envisager une intervention sous anesthésie générale. Ce type d'intervention est un exercice spécifique de la chirurgie dentaire qui comporte des implications médico-légales majeures et nécessite de se pratiquer dans un établissement hospitalier avec une équipe médicale dédiée.

Il y a de nombreuses implications de soins dentaires sous anesthésie générale.

Pour le patient :

- Il existe un risque vital.
- Un jeûne pré-opératoire est indispensable.
- L'hospitalisation et l'anesthésie générale peuvent avoir des conséquences psychologiques importantes chez les jeunes patients.

Pour l'anesthésiste :

- Une évaluation pré-anesthésique est nécessaire lors d'une consultation précédente l'intervention.
- La chirurgie buccale présente plusieurs spécificités : la chirurgie se déroule à distance de la tête du patient, il est nécessaire de garder l'étanchéité des voies aériennes durant toute l'intervention, il faut gérer l'analgésie au cours de l'intervention et effectuer les actes les plus douloureux en fin d'intervention.

Pour les soins dentaires :

- La durée d'intervention est limitée
- Un plan de traitement doit être effectué en amont afin d'éviter les répétitions. Il existe également des restrictions dans la mise en œuvre des thérapeutiques conservatrices comme les traitements endodontiques.
- Il faut avoir une hémostase complète à la fin de l'intervention.

La Haute Autorité de Santé a défini les indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie dans un rapport datant de juin 2005. L'acte courant de stomatologie ou d'odontologie recouvre les « soins conservateurs, parodontaux et prothétiques en denture temporaire ou permanente,

avulsions dentaires et actes de chirurgie buccale habituellement réalisés sous anesthésie locale ».

Toutes les recommandations ont été fondées sur un accord professionnel fort (grade D).

II-4.2.3.1) Pré-requis

Pour le groupe de travail, il s'agit d'interventions le plus souvent programmées recouvrant les actes courants d'odontologie et de stomatologie pré-définis. Dans la mesure du possible, l'anesthésie locale doit être privilégiée. Le rapport bénéfice-risque de l'AG doit être évalué avant d'en poser l'indication.

Une consultation de pré-anesthésie, l'information du patient (ou du représentant légal) et l'obtention de son consentement éclairé sont des obligations légales.

Un courrier du praticien précisant l'indication de l'AG est recommandé.

II-4.2.3.2) Indications de l'anesthésie générale

Liées à l'état général du patient :

- conditions comportementales empêchant toute évaluation et/ou traitement buccodentaire à l'état vigile après échec de tentatives de soins au fauteuil ;
- nécessité de mise en état buccal lourde et pressante avant thérapeutiques médico-chirurgicales spécifiques urgentes, par exemple : carcinologie, hématologie, cardiologie, greffe d'organe... ;
- limitation de l'ouverture buccale interdisant un examen et/ou un traitement immédiat ;
- réflexes nauséux prononcés.

Liées à l'intervention :

- interventions longues, complexes, regroupement de plusieurs actes en une même séance ;
- état infectieux loco-régional nécessitant d'intervenir en urgence (par exemple : geste associé de drainage et/ou débridement extractions dans le cadre d'une ostéoradionécrose).

Liées à l'anesthésie locale :

- contre-indications avérées de l'anesthésie locale, c'est-à-dire allergie confirmée par un bilan d'allergologie et contre-indications spécifiées dans l'Autorisation de Mise sur le Marché (porphyrie, épilepsie non contrôlée par les médicaments,...)

- impossibilité d'atteindre un niveau d'anesthésie locale suffisant après des tentatives répétées au cours de plusieurs séances.

Les indications de l'AG peuvent être posée d'emblée lorsqu'une intervention en urgence doit être faite. La notion d'urgence dépend principalement de l'état médical du patient. Dans les différents exemples qui suivent, une intervention sous anesthésie générale est à programmer en urgence.

- Lorsque l'enfant présente un risque infectieux important (patient à risque d'endocardite infectieuse élevé) et chez qui il y a de multiples avulsions dentaires à réaliser.
- Lorsque l'enfant présente plusieurs lésions carieuses et nécessite à court terme une greffe ou un traitement immunosuppresseur.
- Lorsqu'un enfant présente une cellulite sévère accompagnée de signes généraux, de trismus ou ayant un caractère diffusé.
- Lors d'un trauma facial chez un enfant. (26,43)

II-4.2.3.1) Contre-indications de l'anesthésie générale

- Risques anesthésiques majeurs : évaluation nécessaire du bénéfice-risque.
- Refus du patient et/ou des parents ou du représentant légal.

La décision de l'intervention sous anesthésie générale se base sur plusieurs paramètres décisionnels. Ces paramètres sont cliniques, familiaux et sociaux.

Les différents paramètres à évaluer peuvent être :

Liés à l'enfant :

- L'âge, plus un enfant est jeune plus il sera difficile d'obtenir la compliance du patient lors d'une séance de soins complexes ou longs.
- L'état général de l'enfant (antécédents médicaux, pathologies systémiques, traitements en cours). Le score ASA du patient peut aider à déterminer le risque anesthésique du patient.
- Les enfants présentant un risque infectieux. (cardiopathie, cancer, immunosuppression)

- La présence d'une déficience mentale, physique ou de polyhandicap. La coopération du patient est alors plus difficile à obtenir et les soins sont difficiles à mener lors d'une séance au fauteuil.
- La présence de réflexe nauséeux important empêchant la réalisation de soins au cabinet dentaire.
- Le niveau de coopération attendu (âge mental, troubles comportementaux, mouvements incoordonnés involontaires chez le patient infirme moteur do'rigine cérébrale).

Liés à l'état bucco-dentaire :

- L'atteinte carieuse, en fonction du nombre de caries et la sévérité des lésions présentes.
- Le risque carieux en fonction des habitudes alimentaires (biberon à l'endormissement, alimentation mixée, cariogène) et de l'hygiène bucco-dentaire.
- Les autres pathologies dentaires qui peuvent être associées (anomalies du développement)
- Les atteintes parodontales
- Les malocclusions, dysfonctions, parafunctions
- Le nombre et le type d'actes à réaliser. (26,43)

Seulement parfois, le soignant peut être confronté à de situations où les techniques comportementales de gestion de l'anxiété échouent et où la prémédication et l'anesthésie générale sont contre-indiquées ou rejetées par le patient et/ou ses parents. Une autre approche est donc requise.

III) Deuxième partie : L'hypnose

III-1) Origines et histoire de l'hypnose de sa découverte à nos jours

III-1.1) L'hypnose de l'Antiquité au Moyen-Age

L'hypnose telle qu'on la définit aujourd'hui est née à la fin du XVIIème siècle, mais dès 4 000 av JC, des tablettes sumériennes décrivant des méthodes d'hypnose ont été retrouvées en Orient. (44)

Plus tard, le papyrus d'Ebers, datant de 1 000 avant JC, fait mention de l'hypnose, comme un phénomène naturel mais inexplicable qui servirait à anesthésier ou à plonger le « patient » dans un sommeil prolongé. (45)

Bien plus tard, en Occident, la théologie chrétienne qualifie l'hypnose de phénomène surnaturel et elle est associée à des actes de sorcellerie ou de possession démoniaque et est donc interdite. (46)

III-1.2) L'hypnose du XVIIème siècle à l'hypnose moderne

C'est au XVIIème siècle le Belge Van Helmont introduit la notion de *magnétisme animal*. A cette époque la terminologie de l'hypnose n'est pas encore définie et les termes « magnétisme » et « hypnotisme » sont synonymes.

Mais les premières recherches sur l'hypnose ont débuté avec Franz-Anton Mesmer, médecin viennois, au XVIIIème siècle. C'est Mesmer, qui va chercher à utiliser le premier cet état modifié de conscience à des fins thérapeutiques. Durant cette période, Mesmer croit qu'un « fluide » ou « magnétisme animal » circule dans le corps humain. La maladie était considérée comme un blocage de ce fluide dans le corps, et la guérison impliquait la levée de ces blocages via une transmission de fluide par l'hypnotiseur. (47)

Durant la transe hypnotique, le malade présentait une agitation mais certains pouvaient également interagir avec l'hypnotiseur. A cette même période, le marquis de Puységur va développer sa notion de « sommeil lucide », en remarquant que les sujets hypnotisés sont capables de capacités et de connaissances accrues. Cette interaction entre l'hypnotiseur et le sujet hypnotisé posent les bases de la démarche psychothérapeutique. (48)

L'engouement pour cette pratique se développe de plus en plus, à tel point que deux commissions scientifiques sont créées par les autorités médicales afin de lancer une expertise sur ce phénomène. Les rapports de ces commissions dont font partie Benjamin Franklin et Lavoisier, réfutent l'existence d'un « fluide magnétique » mais admettent la réalité des effets observés sur les patients des hypnotiseurs. (49)

C'est James Braid, médecin anglais, en 1843 qui entreprend d'établir des bases scientifiques sur la compréhension de ce phénomène. Lui aussi réfute l'idée de « fluide » et de magnétisme animal et va développer sa théorie hypnotique. Pour lui, l'hypnotisme relève avant tout d'un savoir-faire, d'un savoir scientifique et de psychologie que d'un pouvoir.(50)

En France, à la fin du XIXème siècle, deux écoles s'affrontent. Le docteur Hippolyte Bernheim de la clinique médicale de Nancy réduit l'hypnose à la suggestibilité et décrit la loi de l'idéo-dynamisme. Selon l'école de Nancy, une idée suggérée peut devenir un mouvement, une sensation, une émotion ou un acte biologique mais l'hypnose peut également inhiber ces différentes actions. Bernheim remarque que certains états modifiés de conscience augmentent cette suggestibilité en développant la force idéo-dynamique par la prédominance des facultés d'imagination. Cependant, la suggestion hypnotique peut être utilisée à l'état de veille et la méthode est appelée psychothérapie. (46)

La deuxième école est l'école de Charcot qui est opposée à l'école de Bernheim. Selon Charcot, l'état hypnotique est un état hystérique et est donc un état physiopathologique, ce qui sera rejeté plus tard. (46)

L'hypnose va être modernisée durant le XXème siècle par le psychiatre américain Milton H Erickson. Il va remplacer des techniques d'inductions très directives et autoritaires par des techniques plus permissives et va développer des techniques de communication personnalisées pour chaque patient. Les suggestions proposées par le thérapeute deviennent des propositions ou des orientations permissives, il aide le patient à trouver les réponses à ses problèmes par lui-même en donnant des pistes ou des orientations. Selon Erickson, l'état d'hypnose « est un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient ».(51)

Avec cette approche, une plus grande part de la population est susceptible d'être hypnotisé et d'avoir des résultats thérapeutiques.

L'utilisation de l'hypnose en dentisterie est appelée hypnodontie. L'utilisation de l'hypnodontie qui a été documentée pour la première fois date de 1829. Elle aurait permis de faciliter l'extraction d'une molaire.(38)

L'hypnose peut donc avoir un rôle à jouer dans différentes spécialités médicales, avec pour effet de réduire la douleur et de provoquer une suggestibilité chez le patient. (52)

III-2) Les différentes formes d'hypnose et leurs mécanismes physiologiques

III-2.1) Les différents états de conscience

Afin de mieux comprendre ce qu'est l'état hypnotique, il faut définir les différents états de conscience. L'état de conscience critique ou état de conscience ordinaire, se caractérise par une attention continue. Cet état de conscience permet de mettre en jeu les facultés de jugement, d'analyse, d'action et d'attention. L'état hypnotique quant à lui se définit comme un état modifié de conscience, qui n'est ni un état de vigilance, ni un état de sommeil. Le processus hypnotique est donc le processus par lequel le sujet passe d'un état de vigilance à un état hypnotique. L'état hypnotique peut survenir de façon spontanée naturellement, on la nomme hypnose commune, ou peut être induite volontairement par un thérapeute ou par soi-même, il s'agit d'hétéro-hypnose. (53)

III-2.2) Définition de l'hypnose

L'Association médicale britannique définit l'hypnose comme une *« induction, par suggestion verbale ou autre, d'une diminution de la vigilance chez un sujet. Celui-ci peut éprouver une modification de la mémoire et de la conscience ainsi qu'une plus grande facilité à adopter un comportement difficilement obtenu à l'état normal »*. (54)

Cette définition montre que l'hypnose pourrait être utile chez des patients phobiques car l'hypnose rendrait les sujets sensibles à la suggestion, que l'on nomme la suggestibilité.

Antoine Bioy, responsable scientifique de l'Institut Français d'Hypnose définit l'hypnose comme *« un mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi. Cette définition implique que la pratique de l'hypnose recouvre deux dimensions : à la fois un état de conscience*

modifiée que l'on nomme état hypnotique mais aussi une relation singulière. L'état hypnotique a été caractérisé à la fois par les neurosciences (imagerie cérébrale) et par la psychologie (théorie de la dissociation psychique). Quant à la dimension de la relation elle renvoie à une communication thérapeutique telle que l'a développée par exemple Erickson et à une dimension intersubjective particulièrement étudiée par les hypnoanalystes.» (55)

L'hypnose peut être utilisée à différentes fins : l'hypnoalgésie, l'hypnosédation et l'hypnothérapie.

- L'hypnoalgésie est utilisée contre les douleurs.
- L'hypnosédation est utilisée afin d'obtenir une anxiolyse et une sédation chez le patient.

Les techniques d'hypnoalgésie et d'hypnosédation sont plus rapides à mettre en place et peuvent s'effectuer directement au fauteuil juste avant les soins dentaires.

- L'hypnothérapie se définit, quant à elle, comme l'usage psychothérapeutique de l'hypnose. (51)

L'hypnothérapie a pour but de reprogrammer le comportement du patient afin de surmonter et de supprimer certaines émotions et pensées négatives. (56) L'hypnothérapie sera utilisée en amont des rendez-vous dentaires en une ou plusieurs séances. L'hypnose durant ces séances est plus longue à mettre en place et la transe est plus intense. (15)

III-2.3) Les différentes formes d'hypnose

III-2.3.1) L'hypnose traditionnelle ou directe

C'est la forme d'hypnose qui est utilisée depuis le plus longtemps. Elle permet d'obtenir un état de conscience modifié rapide et faite sous forme « d'ordres » au patient. Le thérapeute est en position dominante, son vocabulaire est autoritaire et sa voix est monotone et rythmée afin d'obtenir le plus rapidement possible l'adhésion du sujet. C'est le thérapeute qui donne la solution aux problèmes du patient. Le patient n'est pas acteur de sa guérison. C'est la forme d'hypnose qui était utilisée avant le développement des techniques ericksoniennes.(57)

Cette forme d'hypnose est également utilisée en hypnose médicale afin d'obtenir une induction rapide lors d'anesthésie et de la gestion de la douleur. (58)

III-2.3.2) L'hypnose ericksonienne

L'hypnose ericksonienne a été développée par le psychiatre américain Milton Erickson qui utilisait lui-même l'auto-hypnose suite à une poliomyélite compliquée de paralysie motrice et sensorielle. Cette technique se caractérise par l'utilisation d'un langage d'influence qui invite en douceur le patient à un état modifié de conscience. Le thérapeute s'adapte à son patient (sa voix, son attitude, son langage) en fonction des signes que renvoie le patient (respiration, élocution posture, mouvements corporels). Le thérapeute ericksonien se « synchronise » au patient. Son langage est très permissif et non autoritaire. Cette forme d'hypnose est celle qui est utilisée en hypnothérapie. (58)

III-2.3.3) L'hypnose conversationnelle

Le thérapeute entretient avec son patient une conversation, un échange thérapeutique, dont le point de départ est la problématique exprimée.

III-2.3.4) Les mécanismes physiologiques de l'hypnose

L'équipe d'Abdeshahi suggère que l'hypnose peut exercer un contrôle sur le stress, la douleur, la perception sensorielle, les émotions et les sentiments. (57)

Selon des recherches neurophysiologiques sur le processus hypnotique ni les échelles d'hypnotisabilité, ni les mouvements oculaires, ni les paramètres vitaux tels que la pression artérielle, la fréquence respiratoire et la fréquence cardiaque, ne constituent des marqueurs fiables, objectifs et spécifiques de l'état hypnotique. (59)

Les effets physiques de l'hypnose dépendent également de l'intensité de la transe hypnotique. Une transe hypnotique profonde entraîne des effets physiques comme une baisse du rythme cardiaque, une baisse de la perception de la douleur plus importante qu'une transe légère. (38)

Les travaux de Faymonville et al. ont montré que « *le processus hypnotique est un état caractérisé par une somnolence apparente (objectivé par une fragmentation du rythme (EEG) et des mouvements oculaires lents) qui entraîne une activité hallucinatoire intense avec simultanément une diminution de l'attention et de l'orientation du sujet envers les stimuli somatiques ou venant de l'extérieur.* » (60)

D'après ces mêmes recherches, l'état hypnotique s'accompagne de modifications du débit sanguin cérébral des régions corticales et sous-corticales traduisant une imagerie visuelle, motrice et kinesthésique différant de l'éveil en conscience habituelle. (60)

III-3) Les différentes phases menant à l'état hypnotique

Une séance d'hypnose se déroule en plusieurs temps que l'on appelle « phases ». Ces différentes phases vont permettre l'induction de la transe hypnotique jusqu'à la sortie de transe. Cinq phases sont ainsi décrites : la phase d'entretien, la phase d'induction, la phase d'approfondissement, la phase de dissociation et la phase de sortie de transe hypnotique. (61)

III-3.1) La phase d'entretien

La phase d'entretien est une phase préliminaire menant à l'état hypnotique. Elle correspond à l'anamnèse lors d'un premier rendez-vous médical. C'est durant cette phase que l'hypnothérapeute ou le chirurgien-dentiste va apprendre à connaître le patient. Le patient va définir ses attentes, ce qu'il veut changer dans son comportement, de quelle manière et pourquoi il veut le faire évoluer. Il s'agit d'un moment d'échange entre le patient et le praticien. C'est durant cette phase que la relation de confiance patient-praticien va s'établir. (61)

III-3.2) La phase d'induction

La phase d'induction correspond à un ensemble d'instructions du praticien destinées à enseigner au patient comment « se déconnecter » du monde qui l'entoure pour diriger son attention sur lui-même. C'est l'étape qui précède et permet d'entrer dans la phase hypnotique. Cette phase d'induction n'est pas tout le temps efficace. En effet, 20% de la population serait « résistante » à l'hypnose.(62) Cependant, la motivation du patient est un facteur qui augmente les chances de réussite de l'induction. Il existe deux formes d'induction : l'induction directe et l'induction indirecte.

III-3.2.1) Technique d'induction directe

La technique d'induction directe se fait via des suggestions directes faites par le praticien au patient, où les suggestions s'apparentent à des ordres. Voici un extrait d'un exemple d'induction hypnotique de Dave Elman : *« Prenez une grande et profonde respiration, remplissez bien vos poumons et tenez l'air pendant une seconde... Maintenant, soufflez et fermez les yeux... Et laissez-vous détendre... Débarrassez-vous des tensions superficielles de votre corps et laissez les épaules se détendre. C'est bien de vous détendre aujourd'hui. Posez maintenant votre conscience sur vos paupières. Vous savez que vous pouvez admirablement bien détendre ces yeux. Vous savez que vous pouvez détendre ces yeux tellement profondément, cela aussi longtemps que vous choisirez de garder cette relaxation, et les paupières ne fonctionneront simplement plus... Et quand vous savez que vous avez fait ça, gardez toujours cette relaxation et faites un bon essai : assurez-vous qu'elles ne fonctionnent pas... Et remarquez comme elles se sentent bien. Testez-les vraiment... c'est ok (pause). C'est bien. Arrêtez d'essayer et laissez-vous bien détendre... encore plus. La qualité de relaxation que vous avez créée dans vos yeux est la qualité de la relaxation que j'aimerais que vous laissiez aller dans tout votre corps. Prenez donc cette relaxation et apportez-la jusqu'au-dessus de votre tête... Et envoyez-la vers le bas de votre corps, du dessus de la tête au bout de vos orteils. Laissez aller chaque muscle... Laissez aller chaque nerf. Laissez aller chaque fibre... Et laissez-vous dériver beaucoup... plus... profond... détendu. Voilà, vous l'avez ! Approfondissons maintenant vraiment cet état. Dans un moment, je vous demanderai d'ouvrir et refermer vos yeux. Quand vous fermerez les yeux, envoyez une vague de relaxation par votre corps, tellement rapidement que vous permettrez ainsi à la part physique de vous-même de se détendre... Dix fois plus profond. Voulez-le et vous l'aurez. Laissez vos yeux s'ouvrir... et fermez les yeux... Et vraiment... laissez aller. Sentez votre corps se détendre, encore davantage. Vous le faites très bien. Dans un moment, je vous demanderai encore d'ouvrir et fermer les yeux. Au moment où vous fermerez les yeux, doublez cette relaxation physique !... Laissez-la vraiment se développer en vous deux fois plus profondément. Laissez vos yeux s'ouvrir... et se refermer... Plus profond... Plus profond... Détendu. Dans un moment, nous le ferons une fois de plus... Et remarquez à quel point cela se fera tout seul pendant que vous apprenez à quel point tout cela est simple... Doublez-la au minimum. Très bien : laissez les yeux s'ouvrir... et se refermer (—) et laissez vraiment aller. C'est bien. C'est bien. Dans un moment, je vais soulever votre bras droit et le laisser tomber. Ne m'aidez pas à*

soulever ce bras... Et, quand il retombera, remarquez juste combien votre corps peut se détendre encore très facilement davantage (laisser tomber le bras). Parfait. Complètement en bas. Très bien. Maintenant le corps est vraiment détendu (—) alors, laissons l'esprit se détendre ; c'est vraiment ce que nous voulons faire. Quand votre esprit sera détendu vous pourrez vraiment réaliser tout ce que vous pourrez imaginer, dans certaines limites, naturellement.»(63)

III-3.2.2) Technique d'induction indirecte

Les techniques d'induction indirectes ou « permissives » développées par Erickson recourent à des outils relationnels linguistiques, des techniques de focalisation et de dissociation de la conscience. Une interaction particulière dans le contrat de soin s'établit entre le soignant et le patient, basée sur la motivation, la confiance et la coopération de ce dernier. Généralement, chez l'enfant les techniques d'induction indirectes sont les plus utilisées. En effet, cette technique est la plus appropriée à l'utilisation de métaphores auxquelles l'enfant sera plus réceptif. La création d'une histoire en lien avec les suggestions vont permettre au jeune patient de se laisser aller dans son imaginaire. (15)

Les techniques d'inductions indirectes se caractérisent par l'absence de modèle défini. C'est la phase d'entretien qui va permettre au praticien de déterminer les différentes inductions. (54). Voici un exemple d'induction permissive : « *Voudriez-vous choisir un point que vous pourriez regarder de manière confortable ? Et alors que vous continuez à regarder ce point pour un moment, est-ce que vos paupières ont envie de cligner ? Est-ce que ces paupières vont commencer à cligner ensemble ou séparément ? Lentement ou rapidement ? Vont-elles se fermer d'un seul coup ou bien commencer par battre d'elles-mêmes d'abord ? Est-ce que ces yeux vont se fermer de plus en plus en même temps que vous êtes de plus en plus à l'aise ? C'est bien. Est-ce que ces yeux peuvent rester fermés en même temps que votre confort s'approfondit comme lorsque vous vous endormez ? Est-ce que ce confort peut continuer de plus en plus au point que vous feriez mieux de ne même pas essayer d'ouvrir les yeux ? Ou bien préférez-vous essayer et découvrir que vous ne pouvez pas ? Et allez-vous rapidement les oublier tout à fait parce que votre inconscient veut rêver ? » (64)*

III-3.3) La phase d'approfondissement

Cette phase va permettre d'ancrer le patient dans l'état hypnotique et d'approfondir l'état de transe hypnotique. Il existe plusieurs moyens d'approfondir la transe. Un des moyens classique utilisé est l'image d'un escalier qu'il faut monter ou descendre, et à chaque marche le patient entre un peu plus en état de transe hypnotique. (61)

III-3.4) La phase de dissociation et la transe hypnotique

La phase de dissociation est la troisième phase du processus hypnotique. Elle se met en place après la phase d'approfondissement. Comme cela a déjà été dit, le processus hypnotique peut survenir naturellement et spontanément : « être dans la lune » s'apparente à une transe hypnotique spontanée. Ainsi dans ce cas présent, la personne « dans la lune » est dissociée du monde extérieur et n'interagit pas avec son milieu, elle semble déconnectée de son environnement.

La transe thérapeutique, quant à elle, ne peut s'établir que lorsqu'une relation de confiance a été établie entre le praticien et le patient. La dissociation peut être différente selon l'induction. Ainsi il peut y avoir une dissociation entre la pensée et le corps, entre le corps et l'environnement ou bien encore entre la pensée et l'émotion. (65)

La dissociation entre la pensée et l'émotion est utile dans une démarche d'hypnothérapie afin de supprimer une phobie, et dans le cas présent pour la phobie du dentiste. En effet, cette dissociation va permettre de revivre un souvenir sans vivre l'émotion qui y est rattachée. Ainsi, une phobie qui est née d'un souvenir douloureux d'une visite chez le dentiste lors de l'enfance ou d'un précédent rendez-vous va pouvoir être réduite voire éliminée.

La dissociation entre le corps et l'environnement permet au patient de faire abstraction de l'environnement dans lequel il se trouve. Cette transe hypnotique peut être pratiquée au cabinet dentaire directement lors de la consultation par un praticien formé aux techniques de l'hypnose. Elle va permettre au patient de faire abstraction des bruits des contre-angles par exemple, de l'odeur des produits utilisés lors des soins afin de réduire l'anxiété du patient.

Lors de cette dissociation, le patient apprend à focaliser son esprit ou ses pensées sur des stimuli qui ne sont pas en relation avec l'origine de la douleur. (15)

III-3.5) La sortie de la transe hypnotique

Une fois la séance de soins ou d'hypnothérapie terminée, le praticien va aider le patient à revenir dans un état de conscience critique par le biais de suggestions.(61) Cette phase peut être plus ou moins longue selon l'intensité et la profondeur de la transe. Cette phase peut parfois être appelée « phase de réveil », bien que durant la séance d'hypnose, le patient soit dans un état de conscience modifiée et non pas de veille. (65)

Voici un exemple de sortie de transe hypnotique : « *A présent vous prenez une grande inspiration, et dès que vous serez prêt, vous pourrez ouvrir les yeux.* »

IV) Troisième partie : Les apports de l'hypnose dans la gestion de l'anxiété chez l'enfant

L'hypnose est de plus en plus souvent utilisée avec succès afin de modifier le comportement et la perception de l'enfant dans plusieurs domaines cliniques pédiatriques. En odontologie pédiatrique, l'hypnose permet de faire baisser l'anxiété et d'augmenter le niveau de coopération du jeune patient. (25)

L'odontologie est un des domaines médicaux où l'hypnose est la mieux acceptée et dont l'efficacité a été prouvée afin de diminuer la douleur lors des soins ou en complément d'une anesthésie locale afin de réduire l'anxiété. Glaesner et al. ont ainsi montré que plus de 90% des patients avaient une réponse positive à l'hypnose et que le taux d'anxiété était plus bas durant les soins chez le groupe de patients où l'hypnose a été utilisée par rapport au groupe témoin où l'hypnose n'a pas été utilisée. (66)

IV-1) Les différences entre l'hypnose chez l'enfant et chez l'adulte et les objectifs de l'hypnose chez l'enfant

IV-1.1) Les différences entre l'hypnose chez l'enfant et chez l'adulte

Les enfants sont susceptibles d'être de bons sujets pour la pratique de l'hypnose parce qu'ils sont curieux et veulent connaître de nouvelles expériences et que leur façon de penser se rapproche d'avantage de l'expérience directe que celle des adultes. (54)

Erickson a démontré qu'il était possible d'hypnotiser les enfants sans induction formelle. (54)

L'imagination des enfants est plus développée que celle de l'adulte, leur expérience est donc plus immédiate.

De plus, le sens critique et la conscience de l'enfant étant moins développés, l'acceptation des suggestions entraînant un état de relaxation sera facilité. (52)

L'hypnose peut être vue comme un jeu, l'aspect ludique de l'hypnose devient alors un atout car elle va distraire ou amuser l'enfant.

Différentes formes de techniques d'hypnose peuvent être régulièrement utilisées chez l'enfant comme la distraction, le recadrage, « reframing » en anglais ou des suggestions

imaginées. (6,38). Certains auteurs qualifient ces techniques d' « hypnose informelle » contrairement à l'hypnose formelle qui implique un état de relaxation intense et des suggestions. (15)

La distraction est une technique, qui comme son nom l'indique, consiste à détourner l'attention de l'enfant lors des soins dentaires. Le fait de discuter d'un sujet agréable ou demander au patient de visualiser une expérience plaisante pendant le soin va permettre à ce dernier de ne pas se focaliser sur les soins et ainsi réduire l'appréhension. Ecouter de la musique personnelle via des écouteurs lors des soins, par exemple, participe également à la distraction du patient. (6) Les suggestions imaginées consistent à remplacer des expressions ou des mots compliqués pour les enfants ou pouvant les effrayer par des expressions enfantines et imaginées adaptées à l'âge de l'enfant, par exemple « ouvrir la bouche » devient « faire le crocodile », « l'anesthésie » devient « la potion magique ». (26,62)

Le recadrage reprend ces deux techniques et consiste à changer le point de vue par rapport auquel une situation est vécue et la placer dans un autre cadre qui correspond aussi bien ou même mieux à la situation vécue. Une situation vue négativement au premier abord, par exemple subir une anesthésie locale est perçue plus favorablement par l'enfant à l'aide de ces techniques. (62)

IV-1.2) Les objectifs de l'hypnose chez l'enfant

Les objectifs de l'hypnose chez l'enfant sont les mêmes que ceux de l'hypnose chez un adulte.

- le contrôle de la douleur
- l'augmentation du niveau de concentration
- la diminution de l'anxiété
- favorise l'expérience imaginée et l'expérience directe
- la substitution des symptômes
- le retrait des symptômes
- le contrôle physiologique
- l'apprentissage du contrôle et de la maîtrise de soi (augmente la coopération et diminue l'agitation)
- le contrôle des mauvaises habitudes telles que la succion du pouce ou le bruxisme (38,54)

IV-2) Evaluation de « l'hypnotisabilité » et suggestibilité du patient

Il existe plusieurs facteurs qui jouent un rôle important dans la suggestibilité du patient.

Le premier facteur lié à la suggestibilité est l'âge du patient. Selon Sternlicht et Wanderer, le sujet doit avoir au moins cinq ou six ans d'âge mental pour être un bon sujet. (67) De plus, la suggestibilité tend à augmenter de l'âge de 7 ans jusqu'à la puberté, puis elle décroît ensuite à l'âge adulte. (68)

Selon Al-Harasi et al., l'enfant peut être réceptif à l'hypnose à partir de 4 ans mais l'hypnose est plus particulièrement efficace chez l'enfant âgé de 8 à 12 ans.(69).

Le sexe joue également un rôle dans la suggestibilité. En effet, il apparaît que les sujets de sexe féminins sont de meilleurs sujets à l'hypnose que les sujets de sexe masculin. (54)

IV-2.1) Les différentes échelles d'hypnotisabilité

L'hypnose étant une expérience subjective, il est donc difficile d'évaluer précisément l'hypnotisabilité d'un sujet avec les différentes échelles développées. Cependant, elles peuvent donner une indication sur la suggestibilité du patient. Ces échelles sont les suivantes : (54)

IV-2.1.1) L'échelle de Stanford

L'échelle de Stanford est considérée comme étant le gold standard pour la mesure de la susceptibilité hypnotique, cependant elle est difficilement adaptable au cabinet dentaire. Il existe plusieurs versions de l'échelle de Stanford qui ont été développées avec des propriétés différentes. C'est une échelle qui permet d'évaluer l'hypnotisabilité d'un individu et consiste en l'induction hypnotique suivie de 12 suggestions. On note ensuite les réponses à ces suggestions afin d'évaluer l'hypnotisabilité du sujet. Dans le cas de recherches expérimentales cette échelle peut être adaptée pour tester un grand nombre de sujets à la fois.

Avant de commencer ce test, le sujet doit consentir à se faire hypnotiser. Le test commence par une communication avec le sujet avant l'induction hypnotique initiale.

Ensuite, les 12 suggestions sont faites. Les suggestions sont dans cet ordre : une chute en arrière, la fermeture des paupières, un abaissement de la main, l'immobilisation du bras droit, le fait de joindre les doigts, la rigidité du bras gauche, le rapprochement des mains, l'inhibition verbale du nom du sujet, l'hallucination d'une mouche, une catalepsie des paupières, une suggestion posthypnotique en changeant de chaise sur laquelle il était assise, et une amnésie de la séance que le sujet vient de subir. En fonction des réponses du sujet à ces suggestions, on notera les résultats sur une feuille de notation. Plus le nombre de suggestions ont été effectuées, plus le patient sera réceptif à l'hypnose. (54)

Annexes		
SSHS : FEUILLE DE NOTATION		
Sujet n°	_____	
Date	_____	
Résultat total	_____	
Nom	_____	
Clinicien	_____	
Élément	Critère de succès	Résultat + ou -
1. Chute en arrière	Chute sans effort	_____
2. Fermeture des paupières	Fermeture sans effort	_____
3. Abaissement de la main (gauche)	Abaissement d'au moins 15 cm en 10 secondes	_____
4. Immobilisation (bras droit)	Le bras s'élève d'au moins 2,54 cm en 10 secondes	_____
5. Joindre les doigts	Séparation incomplète des doigts avant 10 secondes	_____
6. Rigidité du bras (gauche)	Le bras plie de moins de 5 cm en 10 secondes	_____
7. Rapprocher les mains	Rapprochées d'au moins 15 cm après 10 secondes	_____
8. Inhibition verbale (le nom)	Incapacité de dire son nom avant 10 secondes	_____
9. Hallucination (mouche)	Tout mouvement, toute grimace, reconnaissance d'un effet	_____
10. Catalepsie des yeux	Yeux demeurent fermés jusqu'à la fin des 10 secondes	_____
11. Suggestion posthypnotique	Tout mouvement partiel de réponse (changer de chaise)	_____
12. Épreuve d'amnésie	Rappel de plus de trois éléments	_____
Résultat (+) total		_____

Tableau 8. Feuille d'annotation de l'échelle de Stanford (54)

L'échelle de Stanford d'hypnose clinique a été adaptée aux enfants pour des enfants anxieux à l'idée de fermer les yeux ou incapables de se relaxer. Elle est particulièrement

adaptée pour les très jeunes enfants de 6 ans et moins et chez les enfants particulièrement anxieux. Cette version diffère de la version standard uniquement par des changements dans la formulation des inductions et par la suppression de la suggestion posthypnotique.

IV-2.1.2) L'échelle du Dr Leclerc

Le Dr Clément Leclerc a créé une échelle adaptée à la dentisterie car l'échelle de Stanford est surtout applicable lors d'études à grande échelle. Cette échelle n'a pas été validée scientifiquement mais elle permet de créer une transe hypnotique et d'évaluer la susceptibilité hypnotique du patient.

Les échelles de suggestibilité contiennent un nombre de suggestions soumises au sujet. Cela peut être des suggestions motrices ou cognitives et positives ou négatives. On détermine « l'hypnotisabilité » du sujet en fonction du nombre de suggestions auxquelles il répond.

Une suggestion motrice positive serait le fait que le sujet produise un effet moteur, alors qu'une suggestion motrice négative serait l'impression de l'inhibition d'un mouvement. Une suggestion cognitive a pour but de produire ou d'inhiber des sensations ou des perceptions, selon si elle est positive ou négative. Par exemple, une suggestion cognitive négative peut être la surdité. (54)

Les épreuves d'évaluation de la suggestibilité de l'échelle du Dr Leclerc sont les suivantes : l'épreuve de sensibilité, l'épreuve de fixation visuelle, l'épreuve de fermeture des yeux, la double épreuve de sensibilité à la pesanteur, l'épreuve de l'effet de légèreté de la main, la réaction d'immobilité de la main, la suggestion de rigidité du bras, l'effet magnétique par frottement des mains, l'immobilisation des mains et la vérification de la perte de mémoire et la fin de la transe. En fonction des réponses à ses épreuves, le patient marquera un point s'il répond favorablement à la suggestion, un demi-point s'il répond partiellement à la suggestion et aucun point s'il ne répond pas du tout à la suggestion. En additionnant, les points obtenus cette échelle permet d'avoir une idée de l'hypnotisabilité du patient. Un patient qui aura obtenu moins de 3 points sera considéré comme résistant à l'hypnose et une autre approche comportementale sera à envisager. Un patient qui obtient entre 3 et 5,5 points aura une hypnotisabilité faible. Au-dessus de 6,5 points obtenus, le patient est considéré comme fortement hypnotisable, et les techniques d'hypnose sont donc particulièrement efficaces chez ces personnes. (54)

IV-3) Les apports de l'hypnose durant les soins chez l'enfant

IV-3.1) La baisse de l'anxiété et du seuil de la douleur

Il a été montré que les paramètres objectifs de la douleur, comme l'augmentation du rythme cardiaque par exemple, chez deux groupes de 20 enfants (un groupe témoin et un groupe où l'hypnose et des techniques comportementales ont été utilisées) lors d'une anesthésie locale ne variaient pas de manières significatives. En revanche, une baisse de l'anxiété et un seuil de douleur abaissé ont été remarquées pour le groupe d'enfant sous hypnose.(25)

Une autre étude incluant 24 patients a montré que le seuil de tolérance à la douleur est augmenté de 220% lors de l'extraction des troisièmes molaires quand l'anesthésie est associée à l'hypnose par rapport à une unique anesthésie. Les patients tolèrent également plus facilement l'anesthésie locale en état d'hypnose. (57)

L'étude de Huet et al. (2011) englobant 30 patients âgés de 5 à 12 ans nécessitant des soins sous anesthésie locale (15 patients ont été assignés au groupe témoin ne bénéficiant pas d'hypnose durant une anesthésie locale et les 15 autres à un groupe bénéficiant d'hypnose durant une anesthésie locale) a montré que l'utilisation d'hypnose avant les soins nécessitant une anesthésie locale permet de réduire l'anxiété pré-opératoire chez les enfants. L'anxiété pré-opératoire a été mesurée par la modified Yale preoperative anxiety scale (m-YPAS). Le score m-YPAS a été calculé lors de la consultation préalable à la séance de soins (m-YPAS1), puis dans la salle d'attente avant la séance de soins (m-YPAS2), une fois le patient installé sur le fauteuil de soins (m-YPAS3) et lors de l'anesthésie (m-YPAS4). Le score m-YPAS4 était significativement moins élevé pour le groupe bénéficiant d'hypnose (score m-YPAS de 23 contre 50 pour le groupe non hypnotisé) durant l'anesthésie locale. (70)

Les parents sont moins anxieux lors du retour à la maison après des soins sous hypnose qu'après des soins sous sédation médicamenteuse, car l'hypnose est réversible immédiatement au cabinet alors que les effets des médicaments peuvent perdurer jusqu'au retour à la maison.(71)

IV-3.2) Utilisable pour tous types de soins

L'hypnose peut être utilisée pour tous types de soins au cabinet dentaires, aussi bien lors de traitements conservateurs, que d'extractions dentaires ou que de soins orthodontiques. (70)

IV-3.3) Une technique sûre et efficace

Lorsqu'elle est réalisée par un praticien avec de l'expérience et une formation en hypnose, cette technique est considérée comme la plus sûre parmi les autres techniques de psychothérapie et ne présente aucun effet indésirable. (55,58)

IV-3.4) De meilleures suites post-opératoires

L'hypnose associée à une anesthésie locale permet une sédation efficace et rapide, en procurant une sensation de bien-être, permettant une coopération totale. La sédation est réversible immédiatement après les soins, permettant de simplifier les suites post-opératoires contrairement à une anesthésie générale. (38)

Pour Abdeshahi et al. (2013), l'hypnose a des effets bénéfiques également sur les suites post-opératoires. Cette étude a inclut 24 patients nécessitant l'extraction de troisièmes molaires. Chez chaque patient une molaire a été extraite sous hypnose et une autre molaire a été extraite sous anesthésie locale. Ainsi 93% des patients hypnotisés présentaient des suites post-opératoires moins douloureuses et moins d'hémorragies post-opératoires. (57)

L'utilisation de l'hypnose en complément des techniques d'anesthésie et d'analgésie permet aussi une diminution de la dose des médicaments sédatifs ou d'anesthésie. Les effets indésirables de ces médicaments sont donc moins susceptibles de survenir. (58)

IV-3.5) Une technique rapide et réversible immédiatement

Une induction hypnotique peut être obtenue en 1 à 3 minutes par un praticien expérimenté. (38) et dès la fin des soins la sortie de transe peut être obtenue.

L'hypnose peut prendre du temps avec des nouveaux patients lors des premiers rendez-vous. Cependant, ce temps est mis à profit lors des rendez-vous suivants. En effet, l'induction est plus rapide et plus efficace que la sédation par voie intraveineuse. (72)

IV-3.6) Une technique peu couteuse

Pour le praticien, l'utilisation de l'hypnose, hormis la formation, ne nécessite pas de nouveaux investissements en matériel. (52)

IV-3.7) Une technique efficace en association avec des traitements pharmacologiques

Selon Lu et al. (1994), l'hypnose associée à la kétamine avant des actes dentaires chirurgicaux permet un meilleur déroulement du temps anesthésique et réduit les réactions négatives des patients en phase de pré-anesthésie et pendant la phase de réveil. (73)

L'hypnose peut être un complément efficace lors de l'utilisation de la sédation par MEOPA chez certains patients. En effet, parfois, la résistance de l'enfant peut être un frein à la mise en place du protocole de sédation consciente. L'hypnose dans ces cas-là peut permettre une relaxation suffisante à la mise en place de la sédation consciente. De même, lorsque des enfants ont une ventilation difficile avec le masque et que la dose de mélange équimolaire respiré sera insuffisant pour agir et effectué les soins, l'hypnose peut être une amorce intéressante pour induire une transe hypnotique légère qui va permettre le bon déroulement de la sédation. (15)

IV-3.8) La suppression de mauvaises habitudes (onychophagie, succion du pouce)

Selon Kohen et al. (1984), l'auto-hypnose a permis l'élimination de mauvaises habitudes telles que l'onychophagie et la succion du pouce chez 48% des 23 enfants inclus dans l'étude présentant des mauvaises habitudes et chez 82% de ces enfants l'auto-hypnose a permis une amélioration. (74)

IV-4) Les apports de l'hypnose avant une séance de soins

Les techniques dites formelles d'hypnose effectuées un amont d'un acte au cabinet dentaire, combinant un état profond de relaxation qui porte l'attention sur des images et de suggestions de l'hypnose ont montré leur efficacité chez les enfants et les adolescents pour se préparer et assumer des soins médicaux anxieux et douloureux. (15)

IV-5) Les contraintes liés à la pratique de l'hypnose pendant les soins

IV-5.1) Liées à l'accord des parents

L'utilisation de l'hypnose chez l'enfant requiert l'accord des parents et des explications sur le déroulement d'une séance, alors que les techniques comportementales (Tell-Do-Show, la distraction) peuvent être utilisées plus facilement et immédiatement sans accord préalable. (52). De plus, les parents peuvent être récalcitrants face à ces techniques en médecine à cause du manque de connaissances sur l'hypnose et de tout le mysticisme qui l'entoure. (75)

IV-5.2) Liées à un environnement propice

Un environnement propice à l'hypnose, dans lequel le patient se sent bien, est requis afin d'obtenir une réponse positive à l'induction de la part du patient. Il a été montré que la température de la pièce dans laquelle se déroulait l'induction jouait un rôle. Un environnement trop chaud ou trop froid compromet la réussite des techniques hypnotiques. (57)

IV-5.3) Liées à l'absence de formation en cursus universitaire

L'absence de formations aux techniques d'hypnose lors du cursus universitaire paraît être un frein au développement de la pratique de l'hypnose dans les cabinets dentaires. Cette discipline nécessite des protocoles et une formation pour pouvoir être pratiquée de manière efficace. (52) Ainsi, l'hypnose en pédiatrie reste peu utilisée. (15)

IV-5.4) Liées à une mise en place longue

L'hypnose profonde nécessaire à une analgésie et à une modification du comportement gênant les soins nécessite une prise en charge du patient plus longue et ne peut être réalisée de manière quotidienne dans un cabinet de soins d'omnipraticque. (76).

Seule une transe « légère » peut être facilement mise en place dans l'exercice quotidien au cabinet dentaire car elle peut être obtenue plus rapidement et plus facilement. Cette transe

légère permet une relaxation du patient. En revanche, une transe profonde prend du temps à mettre en place et est difficilement réalisable dans un exercice d'omnipratique au cabinet dentaire. Les transes profondes sont donc plutôt réservées aux séances d'hypnothérapie afin de modifier un comportement ou en complément d'une anesthésie lors d'un acte chirurgical plus invasif. (38)

IV-5.5) Liées aux patients

Tous les patients ne sont pas réceptifs à l'hypnose, 20% des patients ne seraient pas hypnotisables. Les patients avec un QI bas, qui ont des difficultés à se concentrer, très jeunes ou très vieux et ceux avec un esprit cartésien sont plus difficiles à hypnotisés. (76) L'âge minimum durant lequel l'hypnose semble commencer à fonctionner est variable selon les auteurs. Ainsi Gokli et al. (1994) estiment que la meilleure période pour l'utilisation de l'hypnose chez l'enfant se situe entre 4 et 6 ans(77) alors que pour Wood et Bioy (2008), l'hypnose ne serait pas applicable pour des enfants de moins de 6 ans, et serait la plus efficace entre 7 et 14 ans.(75) Selon Peretz et al. (2013) il faudrait prendre en compte l'âge mental plutôt que l'âge chronologique. (62)

Si l'hypnose est utilisée dans de manières inappropriées ou avec un patient non-réceptif à l'hypnose, cela peut aboutir à une perte de confiance du patient dans le praticien et aura l'effet inverse de l'effet escompté. (61)

IV-5.6) Liées aux contre-indications

Il existe quelques contre-indications à la pratique de l'hypnose. Il est recommandé de ne pas pratiquer l'hypnose avec des patients souffrant de psychopathologies avec des dédoublements de personnalité car l'hypnose favorise l'apparition de ces dédoublements de personnalité. Il est également contre-indiqué d'utiliser l'hypnose avec des patients sous l'emprise de drogues ou d'alcool, ou non coopératives. (38)

IV-5.7) Les limites de l'hypnose

Les travaux de Ramirez-Carrasco et al. (2017) ont montré que l'hypnose seule n'avait pas d'action anesthésiante mais devait être utilisée en complément des techniques d'anesthésie locale ou générale. (25)

Selon les trois études d'Al-Harasi et al. (2010), Burghardt et al. (2018) et Santos et al. (2019), l'hypnose en odontologie pédiatrique reste un sujet peu exploré et la qualité des études est à améliorer pour avoir un meilleur niveau de preuve. (52,69,78)

V) Conclusion

L'hypnose est donc un outil puissant et efficace qui est encore largement sous-utilisé en dentisterie. C'est un atout indéniable pour le chirurgien-dentiste dans sa pratique quotidienne.

Les enfants avec un haut degré d'anxiété sont souvent difficiles à soigner et leurs soins requièrent plus de temps. De plus, ces soins sont plus stressants à effectuer pour le praticien. Ainsi, l'hypnose grâce à son pouvoir anxiolytique pour le patient permettrait également au praticien d'être moins stressé lors de soins sur un jeune patient anxieux.

Du fait de son utilisation peu fréquente, du manque de connaissances sur le sujet et parfois du mysticisme dont elle souffre peu d'études sur l'efficacité de l'hypnose chez l'enfant ont été réalisées. Le sujet mériterait d'être approfondi tant les études parues semblent prometteuses.

VI) Bibliographie

1. Potter C. Investigating hypnosis for the alleviation of dental anxiety : does the addition of hypnosis to inhalation sedation reduce dental anxiety more than inhalation sedation alone [Thèse d'exercice]. [Manchester]: University of Manchester; 2013.
2. Singh G, Kholi A, Mehrotra A, Garg K, Dwivedi A, Katyayan R. Hypnosis « a lost art » in dentistry - A review. Rama Univ J Dent Sci. mars 2017;4(1):15-8.
3. Larousse É. Définitions : peur - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/peur/60046>
4. Bohl J-B, Pirnay P. La peur du dentiste: comprendre et réduire l'anxiété des patients. Rueil-Malmaison: Editions CdP; 2016. 112 p.
5. Larousse É. Définitions : anxiété - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/anxi%C3%A9t%C3%A9/4369>
6. Armfield J, Heaton L. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. Aust Dent J. déc 2013;58(4):390-407.
7. Larousse É. Définitions : angoisse - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/angoisse/3528>
8. Larousse É. Définitions : phobie - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/phobie/60302>
9. Larousse É. Définitions : stress - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 8 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stress/74848>
10. Nigam AG, Marwah N, Goenka P, Chaudhry A. Correlation of general anxiety and dental anxiety in children aged 3 to 5 years: A clinical survey. J Int Oral Health JIOH. déc 2013;5(6):18-24.
11. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. Int J Paediatr Dent. nov 2007;17(6):391-406.
12. Moyen-âge | odonto.univ-lorraine.fr [Internet]. [cité 26 août 2020]. Disponible sur: <https://odonto.univ-lorraine.fr/content/moyen-age>
13. Hugo V. Les Misérables. 1862.
14. Laki K, Beslot-Neveu A, Wolikow M, Davit-Béal T. Présence des parents au cours des soins dentaires. Arch Pédiatrie. nov 2010;17(11):1617-24.
15. Wolikow M. Hypnose et soins dentaires de l'enfant : prise en charge de la peur et de l'anxiété. In: L'Hypnose aujourd'hui. In Press. 2005. p. 193-203.

16. Peur du dentiste : origines & conséquences de la stomatophobie [Internet]. [cité 27 août 2020]. Disponible sur: <https://www.jeromeweinman.com/la-phobie-dentaire/>
17. Birnie KA, Noel M, Chambers CT, Uman LS, Parker JA. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 [cité 17 sept 2020];(10). Disponible sur: <https://www.readcube.com/articles/10.1002%2F14651858.CD005179.pub4>
18. Hamilton JG. Needle phobia: a neglected diagnosis. *J Fam Pract.* août 1995;41(2):169-75.
19. Kent GG. *The Psychology of Dental Care (Dental Practitioner Handbook)*. Butterworth-Heinemann. 1984.
20. Burns L. The epidemiology of fears and phobias in general practice. *J Int Med Res.* 1980;8 Suppl 3:1—7.
21. Yu J-F, Lee K-C, Hong H-H, Kuo S-B, Wu C-D, Wai Y-Y, et al. Human amygdala activation by the sound produced during dental treatment: A fMRI study. *Noise Health.* 2015;17(78):337-42.
22. admin. Performants et silencieux : les contre-angles et turbines pour un confort de traitement optimisé [Internet]. 2017 [cité 27 août 2020]. Disponible sur: <https://news.dentsplysirona.com/fr/business-units/instruments/2017/performants-et-silencieux---les-contre-angles-et-turbines-pour-u.html>
23. Nicklaus S, Boggio V, Issanchou S. [Gustatory perceptions in children]. *Arch Pediatr Organe Off Soc Francaise Pediatr.* mai 2005;12(5):579-84.
24. Pagano C, Rofidal T. La sensorialité de la bouche. *Cah Act.* janv 2014;(452-453):7.
25. Ramírez-Carrasco A, Butrón-Téllez Girón C, Sanchez-Armass O, Pierdant-Pérez M. Effectiveness of Hypnosis in Combination with Conventional Techniques of Behavior Management in Anxiety/Pain Reduction during Dental Anesthetic Infiltration. *Pain Res Manag.* 2017;2017:1434015.
26. Berthet A, Desprez-Droz D, Naulin-Ifi C. *Le traitement de la douleur et de l'anxiété chez l'enfant.* Paris ; Berlin ; Chicago [etc]: Quintessence International; 2006. 125 p. (Réussir).
27. Raj S, Agarwal M, Aradhya K, Konde S, Nagakishore V. Evaluation of Dental Fear in Children during Dental Visit using Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2013;6(1):12-5.
28. Phobie dentaire - Patrick Jevan [Internet]. [cité 13 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.phobie-dentaire.com/pages/evaluation.html>
29. Douleur : comparaison des échelles d'évaluation de l'expérience subjective [Internet]. *Psychomédia.* [cité 20 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.psychomedia.qc.ca/sante/2015-11-01/echelles-d-evaluation-de-la-douleur>
30. Usson M. *Evaluation de l'anxiété de l'enfant face aux soins dentaires et adaptation de la prise en charge.* [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2013.

31. Billoet C, Faulks D, Nicolas E, Hennequin M, Collado V. Faisabilité de la sédation par inhalation de Kalinox® en pratique de ville. *Inf Dent*. 2010;27:13-9.
32. Brenac A. Gestion de l'anxiété dentaire chez l'enfant: apport de la chromothérapie à la sédation consciente par MEOPA [Thèse d'exercice]. [Nice, France]: Université de Nice Sophia-Antipolis; 2014.
33. Kain ZN, Mayes LC, Cicchetti DV, Bagnall AL, Finley JD, Hofstadter MB. The Yale Preoperative Anxiety Scale: How Does It Compare with a « Gold Standard »? *Anesth Analg*. oct 1997;85(4):783-8.
34. Amouroux R, Rousseau-Salvador C, Annequin D. L'anxiété préopératoire : manifestations cliniques, évaluation et prévention. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. sept 2010;168(8):588.
35. Mehrabian A, Ferris SR. Inference of attitudes from nonverbal communication in two channels. *J Consult Psychol*. 1967;31(3):248-52.
36. Mehrabian A, Wiener M. Decoding of inconsistent communications. *J Pers Soc Psychol*. 1967;6(1):109-14.
37. Bourassa M. Manuel de psychologie appliquée à la médecine dentaire. [réédition]. Groupéditions; 2008. 421 p.
38. Allison N. Hypnosis in modern dentistry: Challenging misconceptions. *Fac Dent J*. 1 oct 2015;6(4):172-5.
39. Andrick JM. Cultivating a "Chairside Manner": Dental Hypnosis, Patient Management Psychology, and the Origins of Behavioral Dentistry in America, 1890-1910: CULTIVATING A "CHAIRSIDE MANNER". *J Hist Behav Sci*. juin 2013;49(3):235-58.
40. Machat F. L'hypnose au cabinet dentaire: généralités, techniques, mise en oeuvre. Editions CdP. 2018. 107 p.
41. THERALENE (alimémazine) : désormais réservé au traitement des insomnies - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. 2018 [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/actualites/22871-theralene-alimemazine-desormais-reserve-au-traitement-des-insomnies.html>
42. Galeotti A, Garret Bernardin A, D'Antò V, Ferrazzano GF, Gentile T, Viarani V, et al. Inhalation Conscious Sedation with Nitrous Oxide and Oxygen as Alternative to General Anesthesia in Preoperative, Fearful, and Disabled Pediatric Dental Patients: A Large Survey on 688 Working Sessions. *BioMed Res Int*. 2016;
43. Interventions courantes d'odontologie et de stomatologie : quand pratiquer l'anesthésie générale ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_240338/fr/interventions-courantes-d-odontologie-et-de-stomatologie-quand-pratiquer-l-anesthesie-generale
44. Histoire de l'hypnose | Psynapse Institut [Internet]. Psynapse Formation Hypnose et PNL. [cité 21 août 2020]. Disponible sur: <https://psynapse.fr/histoire-hypnose/>

45. Canivet P-A, Esclassan R, Destruhaut F. Regardez-moi dans les yeux ... ou dans les dents ! Hypnose, médecine et dentisterie, histoire d'un triangle amoureux. Actes Société Fr Hist Art Dent. 2014;19:56-8.
46. Becchio J, Suarez B. Historique de l'hypnose. Lett Neurosci. 2015;(48):5-8.
47. Mesmer FA (1734-1815) A du texte. Mémoire sur la découverte du magnétisme animal , par M. Mesmer,... [Internet]. 1779 [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k75421p>
48. Méheust B. Somnambulisme et médiumnité. Les empêcheurs de penser en rond. Vol. Tome 1. Paris; 1999.
49. Bailly J-S. Rapport des commissaires chargés par le roi de l'examen du magnétisme animal. Moutard. Paris; 1784. 80 p.
50. Braid J (1795?-1860) A du texte. Neurypnology, or The rationale of nervous sleep, considered in relation with animal magnetism : illustrated by numerous cases of its successful application in the relief and cure of disease / by James Braid,... [Internet]. 1843 [cité 10 sept 2020]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k77109g>
51. Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose [Internet]. p. 213. Disponible sur: https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf
52. Santos SA, Gleiser R, Ardenghi TM. Hypnosis in the control of pain and anxiety in Pediatric Dentistry: a literature review. RGO - Rev Gaúcha Odontol. 2019;67:e20190033.
53. Musellec H, Bernard F. Bases neurophysiologiques de l'hypnose. In 2013. Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Bases_neurophysiologiques_de_l_hypnose.pdf
54. Bourassa M, Leclerc CD, Golan HP. L'hypnose clinique. Groupéditions; 2008. 255 p.
55. Bioy A. Chapitre II. Qu'est-ce que l'hypnose ? In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2017. p. 25-78. (Que sais-je ?). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-hypnose--9782130786122-p-25.htm>
56. Sutcher H. Hypnosis, Hypnotizability and Treatment. Am J Clin Hypn. 1 juill 2008;51(1):57-67.
57. Abdeshahi SK, Hashemipour MA, Mesgarzadeh V, Shahidi Payam A, Halaj Monfared A. Effect of hypnosis on induction of local anaesthesia, pain perception, control of haemorrhage and anxiety during extraction of third molars: A case-control study. J Cranio-Maxillofac Surg. 1 juin 2013;41(4):310-5.
58. Hypnose Ericksonienne - Guide complet - Définition et principes [Internet]. Doctonat. 2020 [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: <https://doctonat.com/hypnose-ericksonienne-definition-principes/>
59. Jana H. Effect of hypnosis on circulation and respiration. Indian J Med Res. juin 1967;55(6):591-8.

60. Faymonville M-E, Joris J, Lamy M, Maquet P, Laureys S. Hypnose : des bases neurophysiologiques à la pratique clinique. In: Conférence d'actualisation 2005 Société Française d'Anesthésie-Réanimation. Elsevier. 2005. p. 740.
61. Les 5 Étapes d'une Séance d'Hypnose | Je vous explique tout [Internet]. *Changer Aujourd'hui*. 2018 [cité 21 août 2020]. Disponible sur: <https://changeraujourd'hui.com/les-5-tapes-d'une-seance-dhypnose/>
62. Peretz B, Bercovich R, Blumer S. Using Elements of Hypnosis Prior To or During Pediatric Dental Treatment. *Pediatr Dent*. 2013;35(1):4.
63. Elman D. *Hypnotherapy*. Westwood Publishing Co ,U.S. 1984. 336 p.
64. Hypnose permissive : Exemple d'induction d'un état d'hypnose par questionnement (Erickson & Rossi) [Internet]. *Formations Hypnose &PNL Pau, Bayonne, Bordeaux, Toulouse*. 2019 [cité 19 oct 2020]. Disponible sur: <https://hansen-hypnose.com/hypnose-permissive-induction-questionnement/>
65. Les étapes [Internet]. *PRESENTATION DE L'HYPNOSE*. 2017 [cité 21 août 2020]. Disponible sur: <https://hypnoze.wordpress.com/les-etapes/>
66. Glaesmer H, Geupel H, Haak R. A controlled trial on the effect of hypnosis on dental anxiety in tooth removal patients. *Patient Educ Couns*. sept 2015;98(9):1112-5.
67. Sternlicht M, Wanderer ZW. Hypnotic Susceptibility and Mental Deficiency. *Int J Clin Exp Hypn*. avr 1963;11(2):104-11.
68. Udolf R. *Handbook of hypnosis for professionals*. 2nd ed. New York: Van Nostrand Reinhold Co; 1987. 510 p.
69. Al-Harasi S, Ashley PF, Moles DR, Parekh S, Walters V. Hypnosis for children undergoing dental treatment. *Cochrane Database Syst Rev*. 4 août 2010;(8):CD007154.
70. Huet A, Lucas-Polomeni M-M, Robert J-C, Sixou J-L, Wodey E. Hypnosis and Dental Anesthesia in Children: *A Prospective Controlled Study*. *Int J Clin Exp Hypn*. oct 2011;59(4):424-40.
71. Lima AR de A, Medeiros M, Costa LR. Mothers' perceptions about pediatric dental sedation as an alternative to dental general anesthesia. *RGO - Rev Gaúcha Odontol*. juin 2015;63(2):153-60.
72. Facco E, Zanette G, Casiglia E. The role of hypnotherapy in dentistry. *SAAD Dig*. janv 2014;30:3-6.
73. Lu DP. The use of hypnosis for smooth sedation induction and reduction of postoperative violent emergencies from anesthesia in pediatric dental patients. *ASDC J Dent Child*. juin 1994;61(3):182-5.
74. Kohen DP, Olness KN, Colwell SO, Heimel A. The use of relaxation-mental imagery (self-hypnosis) in the management of 505 pediatric behavioral encounters. *J Dev Behav Pediatr*. 1984;5(1):21-5.

75. Wood C, Bioy A. Hypnosis and Pain in Children. *J Pain Symptom Manage.* avr 2008;35(4):437-46.
76. Kroger WS. *Clinical and experimental hypnosis in medicine, dentistry, and psychology.* Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
77. Gokli MA, Wood AJ, Mourino AP, Farrington FH, Best AM. Hypnosis as an adjunct to the administration of local anesthetic in pediatric patients. *ASDC J Dent Child.* août 1994;61(4):272-5.
78. Burghardt S, Koranyi S, Magnucki G, Strauss B, Rosendahl J. Non-pharmacological interventions for reducing mental distress in patients undergoing dental procedures: Systematic review and meta-analysis. *J Dent.* févr 2018;69:22-31.

PETITJEAN Jordan – La gestion de l'anxiété chez l'enfant : apports de l'hypnose

Résumé :

Les soins dentaires chez un enfant peuvent être des moments redoutés à la fois par le patient mais aussi par le praticien. En effet, le comportement de l'enfant anxieux peut être un frein aux soins dentaires et avoir un impact négatif sur sa santé bucco-dentaire. Aujourd'hui de nombreuses approches comportementales ou médicamenteuses permettent au chirurgien-dentiste de mieux gérer l'anxiété des enfants. Les moyens psychopédagogiques sont priorisés et peuvent permettre d'éviter une prémédication sédatrice. Ainsi l'hypnose, longtemps associée au charlatanisme, semble, désormais, être un atout indéniable dans la prise en charge de l'enfant anxieux. L'enfant, grâce à son pouvoir d'imagination, est une cible très réceptive à l'hypnose et celle-ci semble particulièrement efficace chez ces patients. Seulement, l'hypnose souffre de son image d'antan, et est un sujet encore peu abordé dans la formation initiale du chirurgien-dentiste.

Mots clés :

- Odontologie pédiatrique
- Anxiété
- Hypnose
- Approche comportementale

Jury : Président :

Monsieur le Professeur Jean-Jacques MORRIER

Assesseurs :

Madame le Professeur Béatrice TIVICHON-PRINCE

Monsieur le Docteur Maxime DUCRET

Madame la Docteur Marie-Agnès GASQUI

DE SAINT-JOACHIM

Adresse de l'auteur :

Jordan, PETITJEAN

163, chemin de Brunet

04700 ORAISON