

# L'hypnose dans les traitements d'orthodontie

Evane PAILLER\*

171 bd du Montparnasse, 75006 Paris, France

(Reçu le 8 janvier 2019, accepté le 12 février 2019)

## MOTS CLÉS :

Hypnose /  
Orthodontie /  
Communication /  
Parafonction /  
Rééducation linguale

**RÉSUMÉ – Introduction :** Après avoir été évincée des hôpitaux faute de preuves scientifiques de son efficacité, l'hypnose médicale revient sur le devant de la scène grâce aux neurosciences et à l'imagerie médicale qui ont montré sa spécificité. L'engouement est réel, s'ouvrent les portes des services de médecine, de chirurgie, jusqu'à celles de nos cabinets d'orthodontie. **Matériels et méthodes :** Cet article définit l'hypnose, ses différents niveaux et techniques d'utilisation et explore le champ des applications possibles dans les traitements d'orthodontie. **Discussion :** L'hypnose intervient dès le premier échange avec le patient et peut être utile et thérapeutique à chaque étape du processus. Il est intéressant de la considérer comme un soin à part entière dans notre discipline pour traiter plus efficacement les parafonctions et la dysfonction linguale.

## KEYWORDS:

Hypnosis /  
Orthodontics /  
Communication /  
Parafunction /  
Swallowing retraining

**ABSTRACT – Hypnosis and orthodontic treatments. Introduction:** After being discarded from hospitals due to its lack of scientific evidence, medical hypnosis is once more in the spotlight thanks to neuroscience and medical imaging, which have proven its specificity. Medical hypnosis is currently enjoying real enthusiasm, and now the doors are opening not only to medical and surgical units but also to our orthodontic clinics. **Materials and methods:** This article defines hypnosis and its different levels of application and the required techniques. It also explores all the different fields in which it can be used in orthodontic treatment. **Discussion:** Hypnosis can be applied from the very first contact with the patient and can be useful and therapeutic at every step of the process. It is useful to think of it in our discipline as a treatment in its own right contributing to heal parafunctions and tongue disorders more efficiently.

## 1. Introduction

L'hypnose existe depuis toujours mais c'est avec Franz-Anton Mesmer au 18<sup>e</sup> siècle qu'elle prend son essor et devient en Europe la mère des thérapies<sup>2,10</sup>. C'est le fondateur de l'hypnose moderne : il est le premier à utiliser la capacité de transe pour soigner.

Relayé, entre autres, par James Braid qui publie son « Traité du sommeil nerveux ou hypnotisme » en 1843, Charcot, dans les années 1880 à la Salpêtrière, voit dans l'hypnose une manifestation de l'hystérie à l'opposé de Liébauld et Bernheim avec l'école de Nancy qui prônent un outil thérapeutique. Milton Erickson vers 1930 expérimente l'autohypnose<sup>6</sup>, et

Léon Chertok la définit en 1959 comme le 4<sup>e</sup> état du cerveau avec le sommeil, le rêve et l'éveil. Ainsi, l'hypnose a toujours eu une place en médecine mais fut évincée des hôpitaux faute de preuves scientifiques pouvant expliquer son mécanisme.

C'est grâce aux neurosciences et à l'imagerie neurologique<sup>5,11</sup> qu'elle retrouve sa place dans les services et facultés de médecine en ce 21<sup>e</sup> siècle<sup>16</sup>, phénomène renforcé au sein d'une population qui, à l'ère du tout numérique, est en demande de techniques de soins plus relationnelles.

Mais utiliser l'hypnose ne veut pas forcément dire pratiquer une Hypnose Formelle (HF) avec induction d'une transe profonde ; la Communication Hypnotique (CH), que bon nombre de praticiens utilisent déjà sans le savoir, est une première étape

\* Auteur pour correspondance : [docteurpailler@hotmail.com](mailto:docteurpailler@hotmail.com)

du processus. Aussi, l'Hypnose Conversationnelle (HC) est une aide aux soins.

Après une brève définition et l'exposé des grands principes thérapeutiques qui font la force de cet outil, nous détaillerons ces trois niveaux d'hypnose puis les applications concrètes au sein du cabinet d'orthodontie, illustrées de quelques cas cliniques.

## 2. Hypnose médicale

### 2.1. Définition

L'hypnose est un état naturel reposant sur la capacité physiologique du cerveau à se dissocier : être ici et ailleurs en même temps. Vous l'avez peut-être expérimenté au volant d'une voiture conduisant d'un point A à un point B, laissant voguer vos pensées, arrivant à bon port sans avoir eu la sensation de vous être concentré sur la conduite : c'est une des multiples transe hypnotiques naturelles que nous vivons tous chaque jour ; nous sommes donc tous, par définition, hypnotisables.

Ce qui ne veut pas dire que nous le sommes tous de la même façon ou avec la même facilité. Il ne faut pas confondre l'hypnotisabilité et la suggestibilité qui correspond à la manière d'y parvenir.

Il existe un état cérébral spécifique correspondant à l'état de transe hypnotique, décrit par Marie-Elisabeth Faymonville (dès 1993), anesthésiste au CHU de Liège : c'est un état neurocognitif différent de la veille et de celui du sommeil<sup>4,18</sup>.

L'hypnose correspond à un « éveil reposé » : le corps a les traits du sommeil mais le cerveau est en veille (Tab. 1).

Dans cet état, le cerveau est relaxé (la vigilance baisse) donc la créativité est débridée : on expérimente de nouvelles perceptions, et il est à la fois attentif (l'attention augmente comme en veille) : donc on peut interagir avec les nouvelles perceptions ressenties (Tab. 2).

### 2.2. Principes thérapeutiques

Il faut quitter la raison et trouver la sensation ; quitter le mental et introduire le mouvement et le jeu.

Le patient mobilise ses ressources.

L'expérience hypnotique est une expérience sensorielle.

L'induction de la transe se fait par saturation du cerveau gauche analytique : saturation des sens en privilégiant ceux qui sont dominants chez le patient pour ouvrir la porte à la sensorialité et la créativité de l'hémisphère droit (Fig. 1).

En effet, en programmation neuro-linguistique, la technique dite des « canaux sensoriels » ou VAKOG (acronyme pour Visuel, Auditif, Kinesthésique, Olfactif, Gustatif) pose que la relation au monde extérieur passe nécessairement par au moins l'un des cinq sens et que chaque sujet favorise un, voire deux, de ses cinq sens qui conditionne son mode de communication et sa relation à l'environnement.

**Tableau 1.** Caractéristiques cliniques des états neurocognitifs éveil - sommeil - hypnose.

	ÉVEIL	SOMMEIL LENT	SOMMEIL PARADOXAL	HYPNOSE
EEG	<b>Activité importante</b>	Ondes lentes	Activité importante	<b>Activité importante</b>
Electromyogramme	<b>Important</b>	Diminue	Atonie	<b>Important</b>
Mouvements oculaires	Battements	Pas de mouvement	<b>Rapides</b>	<b>Rapides</b>

**Tableau 2.** Niveaux d'attention et de vigilance éveil - sommeil - hypnose.

	ÉVEIL	SOMMEIL	HYPNOSE
ATTENTION	Augmente	Baisse	Augmente
VIGILANCE	Augmente	Baisse	Baisse

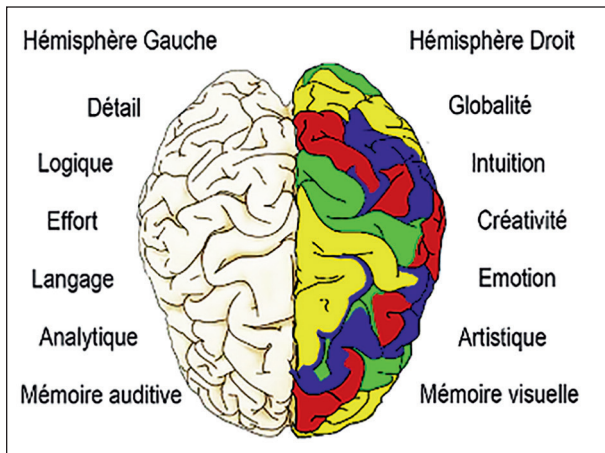


Figure 1  
Les deux hémisphères corticaux.

Pour la majorité de la population, l'ordre prédominant est celui de l'acronyme : visuel pour la plupart, puis auditif, etc.<sup>8</sup>.

À noter que chez l'enfant l'ordre est inversé : plus il est jeune et plus il est dans le « KOG » : il faudra donc accorder une importance aux odeurs du cabinet et aux goûts en bouche.

Comment déterminer le(s) sens dominant(s) du patient ? Le langage est révélateur : un visuel emploiera par exemple des expressions telles que : je vois, c'est clair ; un auditif, plutôt : j'entends bien, j'écoute ; un kinesthésique : je sens, etc.

*En quoi le processus hypnotique favorise-t-il la thérapeutique ?*

Cette force repose sur deux grands préceptes du fonctionnement cérébral en état de transe hypnotique :

1. Imaginer faire = faire : les mêmes zones cérébrales s'activent, donc le vécu hypnotique a valeur d'expérience. Des études ont prouvé qu'on agit réellement au niveau neurologique en créant de nouvelles connexions : les suggestions hypnotiques provoquent de vraies réponses neuronales<sup>1,7</sup>.

2. Le dernier souvenir vécu est celui qui s'imprime : comme en état hypnotique on vit *vraiment* les choses, c'est ce dernier souvenir qui s'engramme.

### 3. Niveaux d'hypnose

L'hypnose est un processus : chaque étape peut être thérapeutique.

#### 3.1. Communication Hypnotique

C'est une technique relationnelle linguistique, on communique avec le patient en tenant compte de son

VAKOG, ce qui permet de créer et/ou renforcer un lien thérapeutique de qualité. Le rôle des neurones miroirs découverts par Giacomo Rizzolatti<sup>12,13</sup> est fondamental : voir faire chez l'autre active les mêmes zones cérébrales chez soi (classiquement le fait de bâiller par exemple). Concrètement, le praticien prend discrètement, subtilement, une même posture ou fait un geste similaire à celui du patient<sup>3</sup>, on parle de synchronisation (ou mirroring) : cela crée un climat de confiance par effet miroir.

Il faut aussi garder en tête la règle des trois « O » de Milton Erickson : « observer, observer, observer »<sup>14</sup>. En effet en communication, la part du verbal ne représente que 7 % en importance face au paraverbal (intonation-38 %) mais surtout au non verbal (justement les gestes, postures-55 %). Les mots ont toutefois leur importance : le cerveau ne comprend pas, n'entend pas la négation : par exemple « n'aie pas peur » (on entendra/retiendra le mot peur) n'aura pas le même impact que « tout va bien ». D'autre part, les mots ont une connotation émotionnelle, il existe des mots nocebo (« tumeur ») et la mémorisation implicite est d'autant plus importante que les mots sont désagréables.

Dans cette logique, les centres anti-douleur expérimentent dernièrement des échelles de confort ou d'agréable en remplacement des échelles de douleur classiquement utilisées : parler d'agréable ou de confort est déjà une suggestion de l'état que l'on souhaite obtenir.

Il faut donc informer sans alarmer, commencer par ratifier c'est-à-dire adhérer à la réalité du patient en reprenant ses images et ses mots, puis reformuler positivement, et saupoudrer des mots rassurants : tranquillement, facilement, doucement...

#### 3.2. Hypnose conversationnelle

Hypnose conversationnelle = Communication Hypnotique + Focalisation.

La focalisation peut être interne (centrée sur la respiration et/ou les sensations corporelles) ou externe (par fixation visuelle d'une cible ou d'un point, objet, attirant l'attention du patient).

Elle est une aide aux soins. On utilise un langage métaphorique, des suggestions (de confort, de tranquillité, d'analgésie... selon les besoins), agrémenté de gratification rassurante et valorisante pour le patient « c'est bien ».

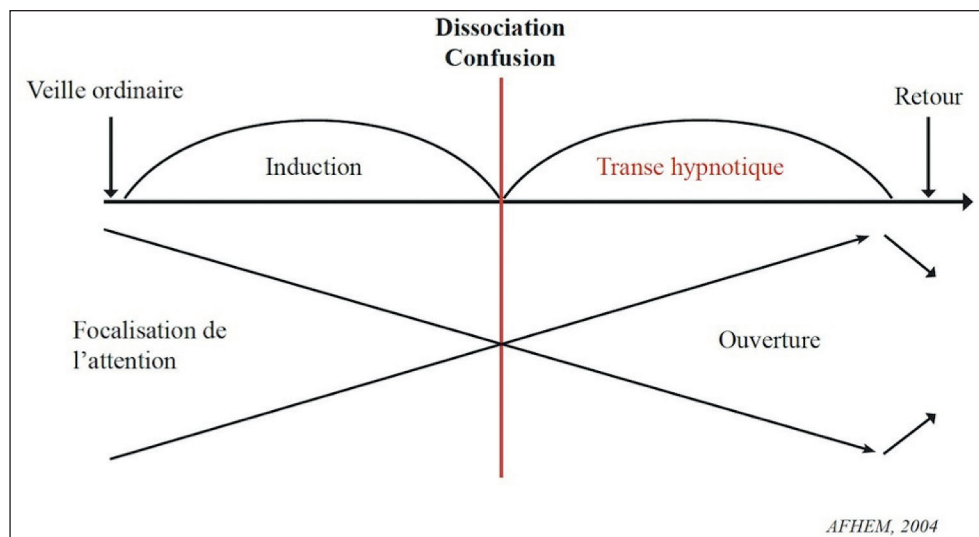


Figure 2  
Schéma du processus hypnotique (AFHEM, 2004).

La technique du *pacing* qui correspond à une synchronisation de la respiration du praticien avec celle du patient (il parlera sur l'expiration de ce dernier) procure un accordage qui rassure, comme le *mirroring* vu précédemment.

### 3.3. Hypnose Formelle

Hypnose formelle (HF) = HC + Focalisation + Dissociation.

Le patient est en transe hypnotique : cela permet une ouverture sur une expérience sensorielle qui peut modifier, transformer un ressenti, un souvenir, un vécu, une habitude et donc soigner. On utilisera des suggestions directes ou indirectes, des techniques amplifiantes (comme les silences entre les mots, un langage confusionnel, la saturation de mots), un langage dissociant (LA main plutôt que ta main)...

L'hypnose est un processus qui par l'induction de la transe par focalisation ouvre une aire de jeu pour sortir d'un état (Fig. 2). On aborde le patient dans son milieu et le changement du milieu change la personne. C'est le nouveau contexte qui soigne. On remet du mouvement là où le patient s'était arrêté.

## 4. Applications en ODF, quelques cas cliniques

### 4.1. Communication externe : équipe soignante - patient

Elle permet la création et/ou renforcement du lien et de l'alliance thérapeutique par les techniques rela-

tionnelles linguistiques évoquées ci-avant. C'est une aide à l'explication et à l'adhésion du patient au traitement, au renforcement de sa motivation et de sa coopération.

### 4.2. Communication interne : au sein de l'équipe soignante

Elle est vectrice de lien et d'harmonie entre les membres de l'équipe ; l'ambiance est plus sereine par la connaissance et l'utilisation de ces outils<sup>15</sup>.

### 4.3. Stress et anxiété

Le stress et l'anxiété peuvent être autant ceux du patient que de l'équipe soignante (l'hypnose est une aide à la prévention du burn-out)<sup>15</sup>. Ainsi, il peut être intéressant de pratiquer l'autohypnose en sessions de courte durée (10-15 minutes) comme sas de décompression des tensions accumulées.

La technique de la *safe place* correspond à suggérer au patient de s'imaginer dans un lieu refuge, sécurisant, qu'il affectionne particulièrement, d'en retrouver toutes les sensations agréables et de s'y promener : le sujet mobilise ses propres ressources de façon positive. C'est une technique efficace applicable aussi en auto-hypnose.

### 4.4. Gestion du réflexe nauséux

On peut utiliser la technique de la *safe place* en intégrant des métaphores liées au soin mais aussi tout simplement pratiquer ce qu'on pourrait appeler

une « hypnose express » en demandant au patient de tendre le bras devant lui, de lever le pouce et fixer son ongle : la catalepsie du bras associée à la lévitation est extrêmement dissociative et ajoutée à la focalisation du pouce, le patient est d'emblée dans une transe efficace. Bien sûr, la voix du praticien accompagne cette focalisation. Cette technique a l'avantage d'être aussi rapide que l'est cet acte : il ne s'agit pas de retarder le soin par l'utilisation de l'outil hypnotique.

#### 4.5. Gestion de la douleur

Malgré les avancées techniques et une meilleure prise en charge du patient qui ont permis de diminuer le vécu douloureux en orthodontie, la douleur aiguë peut faire partie du soin, par exemple lors de la traction d'une dent incluse. Certaines techniques comme celle du « gant magique » par exemple peuvent aider : cela correspond à l'induction d'une hypnoalgésie d'une main du patient (comme s'il avait un énorme gant qui isolait sa main de toute sensation) qu'il transmet à la zone douloureuse par le toucher.

La *safe place* ou le souvenir d'un événement heureux à se remémorer juste avant le début du soin, auquel on pourrait intégrer une métaphore lors du geste clinique de traction par exemple, sont aussi de bons outils.

#### 4.6. Parafonctions

L'hypnose est une technique de choix pour l'abandon des tics de succion (lèvre, langue, pouce), l'onychophagie, le bruxisme, le mordillement de stylo etc.

En réalité, les techniques classiquement utilisées pour le pouce, comme celle du calendrier, jouent déjà sur la sensorialité du patient et participent de la communication hypnotique : choisir une couleur qu'il aime, une qu'il n'aime pas ; dessiner...

L'hypnose conversationnelle fonctionne très bien aussi. On peut travailler sur le modèle de l'approche solutionniste de Giorgio Nardone<sup>9</sup> en ayant recours à la technique du « fantasme miraculeux », très proche de la question miracle inventée par Steve de Shazer en 1988<sup>17</sup> ; appliquée à la succion du pouce, le discours serait : « Cette nuit, il s'est produit un miracle, tu te réveilles ce matin et tu ne sucres plus ton pouce : que fais-tu ? ». On place le patient dans une situation où le problème est déjà résolu et on le fait s'y promener, non pas en « raison » mais en « sensa-

tion » : comment es-tu habillé, qui est avec toi, quels bruits, quelles odeurs, quelles couleurs ? Ce doit être une expérience sensorielle et le patient la vit vraiment donc l'engrammation va se faire.

On peut aussi proposer une séance d'hypnose formelle. La technique de la question miracle pourra très bien aussi être utilisée.

Voici quelques cas cliniques qui illustrent ce type de séance.

##### 4.6.1. Succion du pouce

Mathieu V., 16 ans, n'arrive pas à arrêter le pouce malgré son âge avancé mais il est motivé. Il présente une infraclusie importante et la langue est toujours en pulsion et interposition antérieures, ce qui lui crée un fort défaut de phonation dont il est très complexé.

Séance du 09/06/17 : je demande à Mathieu ce qu'il ressentirait s'il arrêta de sucer son pouce. Il me dit : « Je me sentirais libéré, délivré. »

Je propose donc pendant la séance après l'induction et l'installation d'une *safe place*, qu'il se voie dans une cage, et trouve le moyen d'en sortir par lui-même : peut-être par une clé trouvée par terre qui ouvre la porte, ou par un barreau qu'il puisse enlever : qu'il prenne le temps de le faire à sa façon... Il arrive à ouvrir la porte. Je lui demande de ressentir à quel point cela le libère, le soulage, peut-être se sent-il plus léger ? Il hoche la tête. Et devant lui, à présent, apparaît une grande statue en forme de pouce. Il la voit. Je lui dis, à sa manière et à son rythme, de casser cette statue, comme il veut, comme ça vient.

Le 10/07/17, au rendez-vous suivant, il me confie avoir arrêté le pouce deux jours après la séance. « Ça ne fait plus de moi un bébé », dit-il.

Je constate qu'il parle déjà mieux.

##### 4.6.2. Succion de la lèvre inférieure

Iman F., 14 ans, consulte pour une asymétrie et une dysharmonie des arcades dentaires en grande partie dues à un tic de succion de la lèvre inférieure à droite qu'elle a depuis petite, qu'elle fait jour et nuit et qui a provoqué une linguoversion des incisives et de la canine de l'hémi-arcade mandibulaire droite. J'explique qu'aucun traitement orthodontique ne sera possible sans la suppression initiale de ce tic et je propose une séance d'hypnose. Elle et sa maman acceptent.

Séance du 21/07/17 : je demande à Iman les saveurs/odeurs qu'elle aime et celles qu'elle n'aime pas : elle aime l'odeur de la vanille et n'aime pas la tomate et l'odeur des champs et de la terre.

Je propose une induction par la fixation d'un point et focalisation sur la respiration.

Je lui suggère de laisser venir une odeur agréable comme celle de la vanille associée à une idée de tranquillité et de bien-être puis de laisser venir un goût désagréable comme ceux qu'elle a évoqués en suggérant que c'est ce qu'elle sentira à chaque fois qu'elle sucera sa lèvre à partir de maintenant (suggestion post-hypnotique). Je propose de faire l'expérience de replacer sa lèvre à la bonne place devant ses dents, et de constater que le goût agréable de la vanille revient. Elle hoche la tête (technique du *signaling* : le patient fait un signe du doigt, de la tête, pour répondre à l'affirmative à la proposition du thérapeute).

Juste après la séance, elle me dit un peu troublée : « Je me sens mieux. J'ai moins de préoccupation. Je suis plus détendue. Mais surtout j'ai vraiment senti l'odeur de la vanille. C'était très agréable. »

Le 20/09/17, je revois Iman qui me dit qu'elle ne suce plus du tout sa lèvre dans la journée, un peu encore la nuit, mais moins. La maman précise que quand sa fille dort et qu'elle va vérifier, ce tic est beaucoup moins intense qu'avant. Elle ajoute : « Je la sens aussi mieux de caractère. Plus heureuse. »

#### 4.7. Rééducation de la posture linguale et déglutition

##### 4.7.1. Cas n° 1

Kellian M., 15 ans, a fait plusieurs séances de rééducation de la déglutition et de la posture linguale par kinésithérapie il y a un an mais, à l'examen clinique, la déglutition est toujours atypique avec une interposition linguale antérieure, ce pour quoi je propose de l'hypnose avant le débagueage pour éviter une récurrence de sa béance antérieure initiale qui sera inévitable si la dysfonction persiste.

Séance du 23/05/17 : Kellian me dit que son sens le plus développé est le toucher et qu'il pratique le basket qui est sa grande passion. Je décide donc de travailler l'image du ballon qui s'envole pour atteindre le panier comme métaphore de la lévitation de la langue au palais : je suggère que c'est la position naturelle de repos à obtenir comme quand on

cherche à mettre le ballon dans le panier en hauteur avec la sensation de confort de la langue au palais, centrée sur le contact, la température, la texture de ce contact : j'insiste sur toute la proprioception à laquelle le kinesthésique qu'il est sera sensible.

À la fin de la séance, il me dit : « Maintenant, je n'arrive plus à déglutir sans avoir la langue en haut. Au repos aussi, je la sens en haut, c'est naturel. »

Il ajoute un peu étonné : « *En hypnose, on fait tout comme dans la vraie vie.* »

Séance du 30/05/17 : on travaille sur l'image de l'oiseau qui s'envole que Kellian a lui-même évoquée, oiseau qui trouve une hauteur d'équilibre à laquelle il vole, sans effort, naturellement, peut-être le nid dans lequel il se pose, position de confort, de repos ainsi que sur la sensorialité de l'oiseau dans son nid : le contact des plumes sur les brindilles, la chaleur, comme métaphore de la sensorialité de la langue au palais.

Le 13/09/17, je le revois en consultation orthodontique pour débagueage, il me dira : « Je n'arrive plus à avaler ma salive sans mettre la langue en haut. Au repos, elle est au palais. Je vois une différence, c'est plus confortable pour moi. »

##### 4.7.2. Cas n° 2

Noémie V. présente une déglutition primaire avec pulsion et interposition linguale antérieures.

Séance du 29/05/17 : elle choisit l'image de l'ascenseur. À la fin de la séance, elle me dira : « Ma langue se met directement au palais, elle est en haut. »

Le 15/09/17, je la revois en consultation, elle déclare : « Quand je pense à ma langue, elle est toujours au palais. En avalant, elle ne va pas sur les dents, et de façon naturelle. »

#### 4.8. Traitement d'une paresthésie de l'hémi-langue après chirurgie orthognathique

Dans le cadre du protocole orthodontico-chirurgical de son traitement, Gwendal G., 16 ans, a eu une chirurgie orthognathique d'avancée mandibulaire au cours de laquelle le nerf lingual gauche a été écarté (selon le compte-rendu opératoire du chirurgien), ce qui a entraîné une paresthésie totale de l'hémi-langue gauche dont il souffre depuis plus de cinq mois. Il a

eu deux mois de cure de vitamines B1 B6 qui n'ont rien changé.

Il est tout à fait partant pour des séances d'hypnose car il souffre vraiment de cette situation ; sa maman, très démunie face à cette séquelle handicapante, aussi.

Je prévois d'emblée trois séances très suivies (à une semaine d'intervalle). Il en demandera une quatrième. Il m'envoie ce mail avant la première séance :

« Bonjour Docteur,

1. Le sens que je préfère est la vue.

2. Pour me détendre je joue en ligne sur mon ordinateur.

3. Mon ressenti pour ma perte de sensibilité de ma langue me gêne car je ne ressens plus les aliments que je mange du côté gauche et ça me fait un effet bizarre du coup je mange toujours à droite ; parfois il m'arrive aussi de me mordre la langue sans faire exprès.

À lundi pour la première séance d'hypnose. »

Sur le principe, je cherche à travailler l'idée de circulation, de fluidité, de rallumer ce qui s'est éteint.

Première séance le 22/05/17 : je demande à Gwendal de me parler de ces jeux en ligne qui le passionnent tellement et de décrire plus précisément la configuration du jeu. Il m'explique qu'il y a trois lignes de jeu : une au-dessus (celle des combattants), une en diagonale (celle des mages) et l'autre au-dessous (celle des tireurs). Il ajoute qu'un « jungler » est en équilibre sur chaque ligne. Je lui demande s'il peut se déplacer d'une ligne à l'autre ? C'est possible et il peut venir aider dans le combat sur n'importe quelle ligne.

Je travaille donc cette idée de réseaux annexes et de déplacement d'une ligne à l'autre en faisant le parallèle avec le trajet nerveux et le fait que certaines lignes actives de sa langue pourraient venir aider celles qui en ont besoin.

À la fin de la séance : il me dit : « J'ai senti à deux moments différents une sensibilité qui venait et c'est reparti. »

Seconde séance le 31/05/17 : Gwendal me confie avoir ressenti deux-trois fois dans la semaine qui vient de s'écouler des mini-picotements à gauche alors qu'il n'avait vraiment rien senti depuis l'inter-

vention le 21/12/16 et qu'il a aussi ressenti un peu de douleur.

Nous reparlons de son jeu et il m'explique que tout est toujours ouvert dans le jeu, que les personnages peuvent se balader partout mais qu'on peut créer un mur pour empêcher l'ennemi de passer.

J'axe la séance sur la visualisation de ce mur qui empêche l'information et les sensations de passer, lui propose de le voir sur sa langue et ensuite de prendre le temps, à sa manière, de le casser pour tout libérer : pour que tout soit ouvert et circule, toutes les sensations. Sentir le changement. Sentir que ça circule.

Il me confie avoir ressenti des picotements une dizaine de fois pendant la séance.

Troisième séance le 07/06/17 : à l'anamnèse, Gwendal n'a rien ressenti de particulier depuis la dernière séance.

Je propose de travailler sur la notion de quelque chose qui se rallume progressivement, qui s'était éteint mais qui se rallume d'abord de façon intermittente pour enfin se rallumer vraiment. Je lui demande ce que cette idée lui évoque en termes d'image : un phare dans la mer. Je lui suggère une métaphore entre la mer qui est sa langue et le phare son système nerveux qui veille, protège, informe ; qu'il prenne le temps de visualiser cette lumière éteinte, puis intermittente comme celle que peuvent faire les phares puis une lumière fixe qui éclaire toute la mer, sentir l'information qui arrive dans toute la langue.

Nous en restons là. Il me rappelle deux semaines après pour une nouvelle séance.

Quatrième séance le 05/07/17 : depuis une semaine, Gwendal sent que la partie externe de l'hémi-langue gauche a, je cite, « une présence » : il y a presque des picotements dit-il, mais pas de proprioception à proprement parler. L'avantage est qu'il ne se mord presque plus puisqu'il sent quand même cette présence. Il précise qu'avant il se mordait car il ne sentait rien.

Je lui demande de me reparler de ses jeux et des différents axes : il me dit qu'il y a trois chemins qui se rejoignent vers une base. Ces chemins sont d'abord séparés mais ils se rassemblent dans deux coins : comme deux bases.

J'utilise ses mots pendant la séance pour suggérer l'idée d'unité, de rassemblement des bases comme les deux hémi-langues.

J'ajoute dans la séance la métaphore de l'arbre dont il puiserait l'énergie, la sève qui circule. Je lui propose de me faire un signe quand il a une sensation d'énergie dans toute la langue, que c'est identique à gauche et à droite, qu'il ressent une unité. Il lève l'index.

Il me dit après la séance qu'il sentait des « ronds, des bulles, en périphérie, à gauche ».

Le 15/09/17, je revois Gwendal pour la fin de son traitement orthodontique. Il arrive très souriant et détendu. C'est surtout le sourire que je remarque en premier.

Il me dit : « Je ressens tout : les saveurs, la douleur. Je ne me mords plus. »

Je lui demande : « Sur une échelle de 0 à 100, à combien étais-tu quand nous avons commencé ?

- À zéro, me répond-il.

- Et maintenant ?

- À 70 %. Cela fait deux semaines que je sens que c'est 70 %, c'est revenu au fur et à mesure, et je sens que ça évolue encore. »

J'ai suivi Gwendal lors de son année de contention orthodontique, il est passé de 70 à 80 % puis à une récupération complète durant les mois qui suivirent.

## 5. Conclusion

L'hypnose est un formidable outil au service de l'orthodontie tant au niveau de l'organisation et l'ambiance du cabinet pour l'équipe soignante, que dans la relation soignant-soigné ; elle est une aide à la communication et aux soins et devient soin à part entière en hypnose formelle lorsqu'elle sert à traiter directement les problèmes qui sont un obstacle à la mise en œuvre du traitement orthodontique ou à sa stabilité, comme le sont les parafonctions ou la dysfonction linguale.

## Conflits d'intérêt

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

## Bibliographie

1. Barber J, Hilgard ER. Hypnosis and suggestions in the treatment of pain. New York : Norton & Company, 1996.
2. Benaheim JM, Van Loey C. L'hypnose aujourd'hui. Paris : Editions In Press, 2012.
3. Betbèze J. Neurones miroirs, mimétisme et hypnose. In : Doutreligne Y. Interventions et thérapies brèves : 10 stratégies concrètes. Paris : Elsevier Masson, 2013:1-7.
4. Faymonville ME, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *J Physiol* 2006;99:463-469.
5. Furman ME, Gallo FP. The neurophysics of human behavior: explorations at the interface of the brain, mind, behavior, and information. Floride: CRC Press, 2000, 376p.
6. Haley J, Cayrol A, Robert F. Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson. Paris : Ed. Desclée de Brouwer, 2007, 380p.
7. Kosslyn SM, Thompson WL, Costantini-Ferrando MF, Alpert NM, Spiegel D. Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain. *Am J Psychiatry* 2000;157:1279-1284.
8. Lepineux R, Soleilhac N, Zerah A. La Programmation neurolinguistique : méthodes d'étude et de stratégies d'apprentissage avec la PNL. Paris : Nathan, coll. Pédagogie, 1993, 191p.
9. Nardone G. La stratégie de résolution de problèmes. Paris : Enrick B. Editions, 2017, 117p.
10. Radovancevic L. The tribute of the pioneer of hypnotherapy—Franz Anton Mesmer, MD, PhD in the history of psychotherapy and medicine. *Acta Med Hist Adriat* 2009;7(1):49-60.
11. Rainville P. L'imagerie cérébrale fonctionnelle et la « neurophénoménologie » de l'hypnose. In : Benhaïem JM. L'hypnose médicale. Paris : Med-Line Ed., 2003:51-62.
12. Rizzolatti G, Rozzi S. The mirror mechanism in the parietal lobe. *Handb Clin Neurol* 2018;151:555-573.
13. Rizzolatti G, Fabbri-Destro M, Cattaneo L. Mirror neurons and their clinical relevance. *Nat Clin Pract Neurol* 2009;5:24-34.
14. Rosen S. Ma voix t'accompagnera. Milton H. Erickson raconte. Paris : H&G Ed., 2004.
15. Simonnet Garcia MH. Apport de l'hypnose médicale aux traitements d'ODF. *Orthod Fr* 2014;85(3):287-297.
16. Suarez B, Becchio J. L'hypnose, la médecine et la chirurgie. *Cerveau et Psycho* 2013;58:36-41.
17. Trepper TS, Dolan Y, McCollum EE, Nelson T. Steve de Shazer and the future of solution-focused therapy. *J Marital Fam Ther* 2006;32(2):133-139.
18. Vanhaudenhuyse A, Laureys S, Faymonville ME. Neurophysiology of hypnosis. *Neurophysiol Clin* 2014;44(4):343-353.