



<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 2019

THESE N° 2019 LYO 1D 079

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 21 novembre 2019

par

Pierre-Victor BAZIN

Né le 19 juin 1994, à LYON (69)

Hypnose clinique et dentisterie éricksonienne^(inpi)

VS

Bore-out et Burn-out

JURY

Monsieur le Professeur JEAN-CHRISTOPHE MAURIN

Président

Monsieur le Professeur CYRIL VILLAT

Assesseur

Monsieur le Docteur CHRISTOPHE JEANNIN

Assesseur

Madame la Docteure JULIE SANTAMARIA

Assesseur

Monsieur le Docteur BRUNO DELCOMBEL

Invité

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	M. le Professeur F. FLEURY
Président du Conseil Académique	M. le Professeur H. BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	M. le Professeur D. REVEL
Vice-Président de la Commission Recherche du Conseil Académique	M. F. VALLEE
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	Directeur : Mme la Professeure C. BURILLON
Faculté d'Odontologie	Directrice : Mme la Professeure D. SEUX
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques VINCIGUERRA	Directrice : Mme la Professeure C.
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation Conférences	Directeur : M. X. PERROT, Maître de
Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine	Directrice : Mme la Professeure A.M. SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Faculté des Sciences et Technologies Conférences Conférences	Directeur : M. F. DE MARCHI, Maître de
UFR des Sciences et Techniques des Activités Agrégé Physiques et Sportives	Directeur : M. Y. VANPOULLE, Professeur
Institut Universitaire de Technologie Lyon 1	Directeur : M. le Professeur C. VITON
Ecole Polytechnique Universitaire de l'Université Lyon 1	Directeur : M. E. PERRIN
Institut de Science Financière et d'Assurances Conférences	Directeur : M. N. LEBOISNE, Maître de
Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education	Directeur : M. le Professeur A. MOUGNIOTTE
Observatoire de Lyon	Directrice : Mme la Professeure I. DANIEL
Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique	Directeur : M. G. PIGNAULT

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 : Odontologie pédiatrique et Orthopédie Dento-Faciale

Professeur des Universités M. Jean-Jacques MORRIER

Maître de Conférences M. Jean-Pierre DUPREZ

Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY,

Mme Claire PERNIER

Maître de Conférences Associée Mme Christine KHOURY

Sous-section 56-02 : Prévention - Epidémiologie

Economie de la Santé - Odontologie Légale

Professeur des Universités M. Denis BOURGEOIS

Maître de Conférences M. Bruno COMTE

Maître de Conférences Associé M. Laurent LAFOREST

Sous-section 57-01 : Chirurgie orale – Parodontologie – Biologie orale

Professeur des Universités : M. J. Christophe FARGES

Maîtres de Conférences : Mme Anne-Gaëlle CHAUX-BODARD

M. Thomas FORTIN

Mme Kerstin GRITSCH

M. Arnaud LAFON

Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE

M. François VIRARD

Sous-section 58-01 :

**Dentisterie restauratrice, Endodontie, Prothèse,
Fonction-dysfonction, Imagerie, Biomatériaux**

Professeurs des Universités :

M. Pierre FARGE

Mme Brigitte GROSGOGEAT

M. Jean-Christophe MAURIN

Mme Catherine MILLET

M. Olivier ROBIN

Mme Dominique SEUX

Maîtres de Conférences :

M. Maxime DUCRET

M. Patrick EXBRAYAT

M. Christophe JEANNIN

M. Renaud NOHARET

M. Thierry SELLI

Mme Sophie VEYRE-GOULET

M. Stéphane VIENNOT

M. Gilbert VIGUIE

M. Cyril VILLAT

Maîtres de Conférences Associés :

M. Hazem ABOUELLEIL

SECTION 87 :

Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maître de Conférences

Mme Florence CARROUEL

Table des matières

Introduction.....	15
1. L'hypnose, concept actuel.....	17
1.1 Bref rappel historique	17
1.1.1 Les premières traces.....	17
1.1.2 L'apparition du magnétisme et de la suggestion	17
1.1.3 L'arrivée de MESMER en France	17
1.1.4 La naissance du mot « hypnose » au début du XIX ^{ème} siècle.....	18
1.1.5 Des premières applications à la création des écoles françaises.....	18
1.1.6 Milton H. ERICKSON et les débuts de l'hypnose clinique	20
1.2 La transe	21
1.2.1 Métaphore du cerveau du Dr. Bruno DELCOMBEL.....	21
1.2.2 Transe naturelle, positive ou négative (35).....	22
1.2.3 La micro-dynamique de la transe.....	23
1.2.4 Les indices de la transe.....	25
1.3 Dentisterie éricksonienne(inpi)	27
1.3.1 L'hypnose éricksonienne au cabinet	27
1.3.2 Place de la communication dans le soin et hypnose conversationnelle.....	27
1.3.3 Psychodontogénèse du fauteuil dentaire©	29
2. Bore-out et Burn-out, syndromes contemporains.....	30
2.1 Bore-out syndrome	30
2.1.1 Définition (27).....	30
2.1.2 Les conséquences du bore-out.....	30
2.1.3 Les solutions (27).....	31
2.2 Burn-out syndrome	32
2.2.1 Définition.....	32
2.2.2 Symptômes du burn-out	33
2.2.3 Les solutions (41).....	35
2.3 Le stress du chirurgien-dentiste	36
2.3.1 Évolutions de l'exercice de la dentisterie ces dernières années (45)	36
2.3.2 Les facteurs de stress chez le chirurgien-dentiste	38
2.3.3 Bore-out du chirurgien-dentiste.....	41
2.3.4 Burn-out du chirurgien-dentiste	41
3. L'hypnose au service du patient et surtout du praticien	43

3.1	Etude sur l'apport de l'hypnose chez les praticiens formés	43
3.1.1	Présentation de l'étude.....	43
3.1.2	Résultats.....	43
3.2	L'outil hypnotique, un confort au cabinet dentaire	49
3.2.1	Au service du praticien pour une meilleure prise en charge des patients.....	49
3.2.2	Témoignages de praticiens.....	50
3.2.3	Mise en pratique au cabinet (12-14;16-18).....	51
3.3	Hypnose et dentisterie éricksonienne(inpi) ou comment prévenir le bore-out et le burn-out 53	
3.3.1	Prévenir le bore-out	53
3.3.2	Prévenir le burn-out (16;17;35;83)	54
	Conclusion	57
	Bibliographie	59

Introduction

La société actuelle est de plus en plus perfectionniste et le marché du travail est de plus en plus compétitif. Ces phénomènes sont en partie responsables d'une forte augmentation du stress au travail. Le rythme et la charge de travail ne cessent de croître, notamment du fait de la concurrence. Une pression énorme est infligée aux employés et aux dirigeants, surtout s'ils veulent se démarquer et être les meilleurs. Cette situation a des répercussions sur leur vie personnelle, entraînant une augmentation constante du nombre de « burn-out ».

Le burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel est devenu aujourd'hui un phénomène de santé publique. Il s'agit d'une grande fatigue physique et mentale liée aux conditions de travail. Cette maladie qui est apparue dans les années 60 est en perpétuelle augmentation et touche toutes les catégories socio-professionnelles. Les ressentis sont variables, allant d'un simple mal être au quotidien, jusqu'à entraîner, chez certaines personnes des pensées suicidaires. C'est un véritable fléau qui doit rapidement être pris en considération.

Parallèlement, apparaît le « bore-out » ou syndrome d'épuisement professionnel par l'ennui, qui peut être considéré comme un symptôme annonciateur de burn-out. Il s'agit là, d'une forme d'insatisfaction au travail résultant d'un manque d'accomplissement et d'épanouissement professionnel entraînant souvent chez les personnes atteintes une perte d'estime de soi.

Ces deux pathologies ont aussi des conséquences médicales graves sur la santé telles que l'augmentation des maladies cardiovasculaires, l'apparition de problèmes musculosquelettiques, la dépression... C'est pourquoi, il est temps de s'en préoccuper. La profession de chirurgien-dentiste n'échappe pas à la règle et est, elle aussi, touchée par ces phénomènes. Plus d'un chirurgien-dentiste sur trois serait atteint d'épuisement professionnel.

En effet, en plus des soins pratiqués au quotidien, le chirurgien-dentiste doit faire face à la lourdeur des tâches administratives de gestion de son cabinet, qui sont en augmentation constante ces dernières années. Cette accumulation du temps de travail aggrave la fatigue professionnelle et impacte la vie personnelle des praticiens.

Parallèlement, nous observons depuis quelques années, le développement de l'hypnose clinique dans le monde médical français. Dans le domaine de la chirurgie-dentaire, de nombreuses formations sont aujourd'hui proposées et de plus en plus de praticiens s'y intéressent. L'hypnose, phénomène naturel, était déjà là mais l'outil hypnotique était non connu et non utilisé.

Nous pouvons nous demander quels sont les apports de l'hypnose pour le chirurgien-dentiste, et si sa mise en pratique au cabinet dentaire serait une solution pour lutter contre ces deux problèmes ?

Dans une première partie, nous aborderons les concepts actuels de l'hypnose moderne et de la dentisterie éricksonienne^(inpi). Puis, nous évoquerons le bore-out et le burn-out auxquels le chirurgien-dentiste peut être confronté. Enfin, nous finirons en mettant en avant les différents apports de la pratique quotidienne de l'hypnose au cabinet dentaire. Son emploi devenant désormais incontournable.

1. L'hypnose, concept actuel

1.1 Bref rappel historique

1.1.1 Les premières traces

L'hypnose est un phénomène naturel qui a toujours existé, au-delà des siècles et des continents. En effet, les premières traces de l'utilisation de l'hypnose remontent en Mésopotamie, il y a 6000 ans. Les Sumériens (peuple de Mésopotamie) pratiquaient déjà l'accompagnement en paroles et un manuscrit cunéiforme datant de cette période, qui décrit des guérisons obtenues grâce à la parole, a été découvert (1-3).

Tout au long de l'histoire et dans le monde entier, le pouvoir de la suggestion est utilisé au travers de rites sorciers ou chamaniques. Il est également utilisé par des « médecins » ou religieux pour guérir des malades, jusqu'au Moyen-âge (1;4;5).

1.1.2 L'apparition du magnétisme et de la suggestion

C'est au XV^{ème} siècle que l'alchimiste Suisse PARACELSE évoque le « magnétisme » pour la première fois. C'est pour lui un fluide naturel et physiologique. Il est également le premier à parler de l'influence des planètes sur le corps humain et à relier psyché, corps et âmes (6).

Au XVI^{ème} siècle, Gérolamo CARDANO, savant et médecin italien, découvre et défend l'action thérapeutique de la « suggestion » (5).

Enfin, c'est au XVII^{ème} siècle, qu'un père Jésuite Athanase KIRCHER expérimente le magnétisme. Ce sont les résultats de ses études sur le « magnétisme animal » qui seront reprises et confortées des années plus tard, en 1773, par le Dr. Franz-Anton MESMER. On peut le considérer comme le père de l'hypnose et de la psychologie moderne (1;4;5).

Comme a dit le docteur Jean GODIN quelques années plus tard : « L'hypnose c'est de la psychologie ».

1.1.3 L'arrivée de MESMER en France

C'est l'arrivée du médecin viennois Franz-Anton MESMER, en 1778 à Paris, qui marque le début d'une nouvelle ère pour l'hypnose. Il parle d'une énergie, appelée « fluide », pouvant être concentrée et redistribuée de façon thérapeutique par le magnétiseur. En effet, à l'époque, la maladie était conçue comme un blocage du corps à la circulation du fluide. Le retour à la santé supposait alors la levée de ce ou de ces blocages (1-6).

L'utilisation des mots « fluides » et « magnétisme » pour parler d'hypnose continuera après la révolution et pendant une bonne partie du XIX^{ème} siècle.

Mais, l'hypnose dérange souvent les schémas habituels de pensées et d'analyses de l'époque, ce qui est à l'origine de nombreuses résistances. Pour la première fois dans l'histoire de la médecine occidentale, des médecins vont chercher à provoquer et à utiliser des pratiques autrefois interprétées comme surnaturelles. En effet, le magnétisme intéresse de plus en plus les Français et en l'absence de moyens d'anesthésie efficace, l'hypnose devient une solution pour de nombreux médecins, comme en témoigne l'historien J. P. PETER. Cet engouement inquiète les autorités médicales et deux commissions seront nommées par le roi Louis XVI pour expertiser cette pratique. Après examen, elles contesteront la réalité physique du fluide tout en reconnaissant, malgré tout, la réalité des effets thérapeutiques observés.

Sans preuves scientifiques de l'existence du fluide, le roi interdira donc la pratique du magnétisme aux médecins en 1784, soit 5 ans après l'arrivée de MESMER en France (1-6).

1.1.4 La naissance du mot « hypnose » au début du XIX^{ème} siècle

Les premières expressions « hypnologie », « hypnologique » ou « hypnotique » apparaissent dans les dictionnaires dès 1809 (Dictionnaire étymologique des mots français tirés du Grec de M. MORIN et Dictionnaire universel de BOISTE). Cependant, le terme « hypnotique » est reconnu par l'Académie Française en 1814 (Dictionnaire de l'Académie Française). Les autres termes « hypnotisme », « hypnose », etc... sont proposés quelques années plus tard, vers 1820.

Dans les années 1840, le médecin écossais James BRAID marque la transition entre le magnétisme animal et l'hypnose. Il explique alors l'hypnose de manière différente, ce qui lui permet d'être plus facilement accepté dans le milieu médical (1;4). Mais, nous pouvons considérer que jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, les mots « magnétisme » et « hypnotisme » sont pratiquement synonymes.

1.1.5 Des premières applications à la création des écoles françaises

En chirurgie, les premiers usages de l'hypnose datent de 1830. CLOQUET et ELLIOTSON (deux médecins britanniques) ont pratiqué des interventions sous hypnose et James ESDAILE (chirurgien écossais) a opéré plus de 300 patients en utilisant le « magnétisme » (1845 à 1851) (7).

C'est à la fin du XIX^{ème} siècle que l'hypnose thérapeutique fait réellement son apparition en France, avec le médecin Hippolyte BERNHEIM, qui montre le pouvoir de la suggestion et prouve que l'hypnose est un phénomène naturel et physiologique. Cela a été rendu possible grâce à l'exercice et l'inventivité du Dr. Ambroise-Auguste LIEBAULT, que Hippolyte BERNHEIM a pu étudier et observer dans sa pratique quotidienne durant de nombreuses années. Il crée alors, avec l'aide d'un juriste et deux médecins,

l'École de Nancy. Pour BERNHEIM, « toute idée suggérée tend à se faire acte », « il n'y a pas d'hypnotisme, il n'y a que de la suggestibilité » (4;5;8;9).



Figure 1-Photo de H. BERNHEIM à l'École de Nancy.

En parallèle, à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris naît l'École Parisienne. Le neurologue Jean-Martin CHARCOT étudie la relation entre hypnose et hystérie. Nous trouvons à ses côtés beaucoup de futurs médecins et philosophes renommés, comme par exemple FREUD, qui étudie la relation hypnose/psychanalyse et élabore ici sa théorie du transfert (étudiant les forces dynamiques qui sont en jeu lors de la relation médecin-patient) (4;5;8;9).



Figure 2- « Une leçon clinique à la Salpêtrière », tableau d'André Brouillet en 1887. Il représente Jean-Martin CHARCOT en plein cours sur l'hystérie.

Le problème est que pour l'école parisienne, « un individu hypnotisable est souvent un hystérique ». Or selon BERNHEIM, tout individu serait hypnotisable. Cela fait polémique et la rivalité naît entre les deux écoles. Très vite, les concepts de CHARCOT sont rejetés, notamment grâce au triomphe de l'École de

Nancy (BERNHEIM), qui a pu démontrer que le fait d'être traité par l'hypnose est une capacité naturelle. Certains chercheurs modernes ont même mis en évidence que plus la personnalité est normale, plus le sujet est hypnotisable, constat qui s'oppose complètement à l'hypothèse pathologique de CHARCOT (4;5;8;9). Malheureusement, à la fin du XIX^{ème} siècle, la pratique de l'hypnose médicale s'efface peu à peu avec le développement des anesthésiques.

1.1.6 Milton H. ERICKSON et les débuts de l'hypnose clinique

En Europe, lors de la première moitié du XX^{ème} siècle, l'hypnose reste seulement entre les mains d'ainsi nommés « charlatans » et d'hypnotiseurs de spectacles.

C'est aux Etats-Unis que vit celui qui va révolutionner la pratique de l'hypnose et son application médicale. En effet, le célèbre psychiatre américain Milton H. ERICKSON (1901-1980) reprend et approfondit avec une approche clinique les recherches de MESMER sur le magnétisme. Il développe l'hypnose médicale et la met au centre de ses traitements de psychothérapie. Il décrit des techniques simples de suggestion lors de conversations avec ses patients ou leur mise dans des états de trances profondes. Il faut noter qu'aux Etats-Unis, le terme « hypnotiser » se traduit toujours par « to mesmerize », en référence au Dr. Franz-Anton MESMER (10;11).

En 1955, l'hypnose est enfin reconnue par la British Medical Association puis 3 ans plus tard par l'American Medical Association. En effet, grâce aux évolutions du monde de l'imagerie médicale, des recherches plus concrètes ont pu débiter sur l'hypnose et démontrer que l'état hypnotique est bien un état spécifique entre conscience et inconscience, se rapprochant du rêve. À la suite de ces découvertes, l'hypnose retrouve peu à peu sa place dans le milieu médical et de nombreuses écoles vont ouvrir dans le monde entier. C'est le début de l'hypnose clinique et particulièrement de l'hypnose éricksonienne. Elle est importée et diffusée en France par le Dr. Jean GODIN, sous le nom de « nouvelle hypnose », qui a proposé les premières formations en Europe dès 1985 (5;9-11).

Aux Etats-Unis et au Canada, l'hypnose est enseignée dans les facultés d'Odontologie depuis les années 80. En Europe, les pays nordiques ainsi que la Belgique intègrent cette discipline au cursus universitaire. Malheureusement, en France, cet enseignement commence timidement dans certaines facultés, seulement depuis quelques années.

Le premier diplôme universitaire d'hypnose médicale est créé à la Pitié-Salpêtrière (Université Paris VI) par le Dr. J. M. BENHAEIM en 2001 (13). Il marque la reconnaissance de l'hypnose par les institutions médicales françaises.

1.2 La transe

L'hypnose en tant que science serait basée sur l'étude des différents niveaux de conscience, en état de concentration et de relaxation, où l'inconscient prendrait le dessus sur le conscient.

1.2.1 Métaphore du cerveau du Dr. Bruno DELCOMBEL

L'état hypnotique est en réalité un phénomène naturel que l'on peut observer lors de nos activités quotidiennes. Dans le métro, en lisant un livre, au cinéma... Dès lors que nos pensées sont focalisées sur une chose en particulier, que l'on ressent des émotions « imaginaires » et que le temps paraît s'écouler plus rapidement, nous sommes dans des états de trances hypnotiques sans le savoir. Les médias, les publicitaires et les politiciens l'ont bien compris et utilisent le pouvoir hypnotique des écrans depuis longtemps (14;15).

Cet état peut se résumer en un Etat Modifié de Conscience (EMC), qui peut être plus ou moins stabilisé. En effet, le cerveau oscillerait entre le conscient (cerveau gauche) et l'inconscient (cerveau droit) selon cette métaphore (16;17).

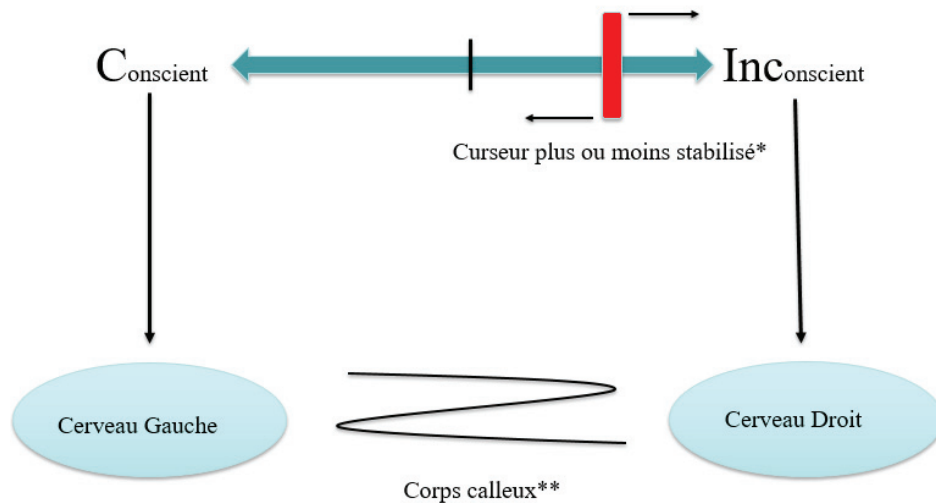


Figure 3 : Adaptation du schéma de la métaphore du cerveau du Dr. DELCOMBEL. (16;17)

*On parle alors d'EMC, de transe ou simplement d'hypnose.

**Il fait le lien entre les deux cerveaux et est inconsciemment représenté par les pieds et mains liés au fauteuil. C'est une « autoroute » de l'information.

Cerveau gauche	Cerveau droit
- Eveil	- Transe
- Verbal	- Non verbal
- Logico-grammatical	- Visio-spatial
- Rationnel	- Intuitif
- Concret	- Abstrait
- Analytique	- Synthétique
- Dirigé	- Spontané
- Focalisé	- Diffus/flou
- Tension	- Confort
- Blocage	- Ouverture
- Critique	- Universel

Figure 4 : Métaphore cerveau Gauche et cerveau Droit. (16;17)

Le psychiatre Claude VIROT explique lui qu'il y a deux types de conscience. La conscience critique quand le curseur se trouve côté gauche, qu'il appelle « conscience rationnelle » ou la transe lorsque le curseur se retrouve côté droit, du côté de la « conscience imaginaire » (35). Nous pouvons considérer, pour la suite que, les cerveaux gauche/droit du Dr. DELCOMBEL et les consciences rationnelles/imaginaires du Dr. VIROT représentent la même chose.

Pour le Dr. DELCOMBEL, il faudrait soigner uniquement des patients en mode cerveaux droits au cabinet dentaire pour éviter de se fatiguer car le cerveau gauche est, source de résistance. C'est pourquoi, il utilise des truismes pour faire accepter aux patients de lâcher prise, de décroiser les mains et les pieds, ayant pour objectif de faire basculer le curseur du côté inconscient ou imaginaire.

Exemples de truismes systématiquement utilisés par le Dr. DELCOMBEL : « Vous allez décroiser les pieds pour une meilleure circulation » puis « Vous allez également décroiser les mains pour une meilleure respiration », ils permettent déjà une première induction hypnotique et sont la base de la dentisterie éricksonienne (16;17). De plus, c'est le niveau où se situe le curseur entre les deux qui définirait la profondeur de la transe dans laquelle nous sommes. Ex : transe légère quotidienne (dans le métro, en voiture...), transe moyenne (chez le dentiste...), transe profonde (lors de thérapies...).

1.2.2 Transe naturelle, positive ou négative (35)

La transe hypnotique peut être positive ou négative. En effet, en transe, c'est l'imaginaire qui prédomine et ce mode de fonctionnement du cerveau peut être très positif et agréable ou très négatif et douloureux.

En transe positive, notre cerveau est orienté vers des pensées agréables et nous pourrions ressentir des émotions de plaisir et de confort (ex. soleil d'été sur la plage, fraîcheur de l'eau...). Cette orientation mentale positive s'accompagne d'un fonctionnement physique agréable : respiration lente et profonde, relaxation générale...

En transe négative, nos pensées sont désagréables et les émotions éprouvées se rapprochent plus de la peur, de l'angoisse et du stress. Ce fonctionnement mental négatif s'accompagne également de signes physiques inconfortables : tension musculaire, augmentation du rythme cardiaque, douleurs, sueurs...

Selon le docteur C. VIROT, nous oscillerions constamment entre des phases de transe positive, de conscience critique ou de transe négative. Les phases de transe positive se produisent lorsque tout va bien et que l'on est relaxés. Mais lorsqu'un problème se pose à nous, c'est la conscience critique qui nous permet de faire des choix afin de le résoudre. Nous pouvons également entrer en transe négative, ce qui aura tendance à nous faire amplifier le problème.

1.2.3 La micro-dynamique de la transe

L'état hypnotique est un phénomène complexe divisé en 4 phases : l'induction, la dissociation, la suggestion et le réveil. Chacune de ces phases indissociables et indispensables est à prendre en compte lors d'une séance d'hypnose. L'hypnose sera, dès lors, considérée comme un outil.

- *L'induction hypnotique*

Il s'agit d'une période de concentration sensorielle et émotionnelle induite à l'aide des suggestions de l'hypnothérapeute. En effet, c'est la suggestion d'images et de sensations qui va permettre au patient de focaliser ses pensées et permettre sa dissociation (conscient/inconscient, corps/esprit). L'induction va permettre au sujet un retrait sur lui-même, la réorientation de son attention sur ses sensations intérieures (pensées, imaginaires) et moins sur ses sensations extérieures (18).

Dans cette première phase, il est demandé au patient de se focaliser sur une perception précise d'un souvenir agréable (des images, des sons, des odeurs, des sensations...) et sur la voix du thérapeute. En se concentrant sur ses perceptions intérieures, il fait abstraction de nombreux éléments extérieurs. Cette phase est également appelée « l'isolation sensorielle », la « fascination » ou encore la « dissociation » (18).

Diagramme 1 : étapes d'une séance d'hypnose

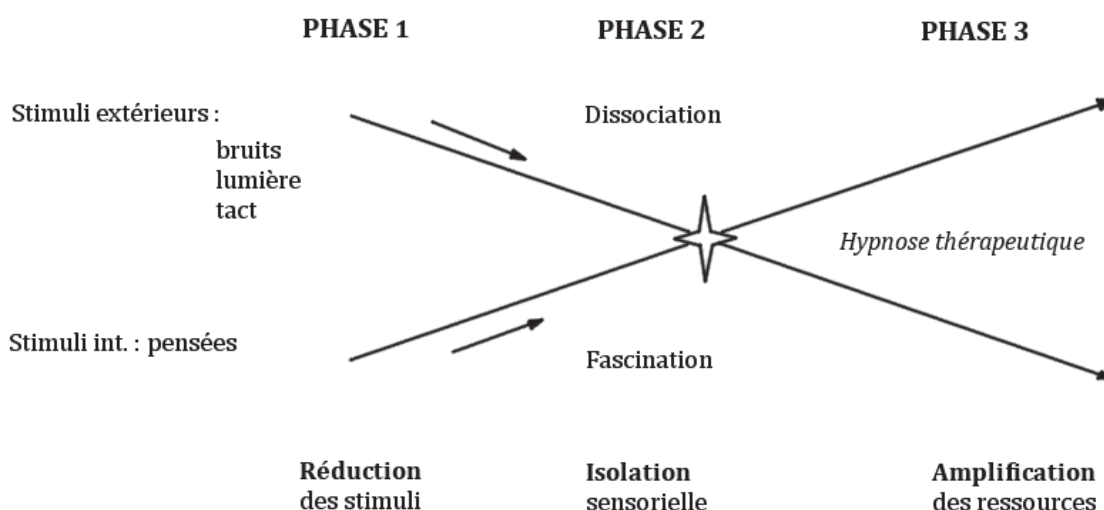


Figure 5 : Phases d'une séance d'hypnose selon J. M. BERNHEIM dans son livre « L'hypnose médicale » (18)

▪ La dissociation

La dissociation est le résultat de l'induction. Elle correspond à une modification du fonctionnement de la conscience d'un sujet. Il existe plusieurs types de dissociation. Durant cette phase, le sujet peut avoir la sensation que son corps ne lui appartient plus. Il est en effet dissocié de celui-ci car plongé dans son inconscient et ressent des sensations imaginaires ; c'est la dissociation corps/esprit (18).

Le sujet est très attentif, il fixe ce qui lui est proposé et écoute le thérapeute, faisant abstraction de ce qui l'entoure. Cet état de concentration favorisera les suggestions thérapeutiques proposées ensuite par l'hypnothérapeute. La dissociation conscience/inconscience s'accompagne souvent d'une variation positive du seuil de la douleur. Cette variation peut permettre la réalisation de certains actes chirurgicaux dans de meilleures conditions (18;19).

D'autres signes de dissociation peuvent être visibles comme la lévitation (volonté et motricité volontaire) ou la catalepsie (volonté et motricité provoquée) qui permettent au patient de maintenir longtemps une position et donc peuvent faciliter les soins (18;19).

▪ La phase de suggestion thérapeutique

Il s'agit d'une phase d'ouverture, une fois que le patient est complètement dissocié et particulièrement concentré sur la voix du thérapeute. Il est amené à imaginer d'autres types de fonctionnements, via différents exercices.

Le choix des exercices est infini. Il fait appel aux ressources personnelles du patient, avec l'aide du thérapeute et sont mis en place dans le but de résoudre la problématique posée. Les problèmes rencontrés peuvent être par exemple l'anxiété du soin dentaire, la peur de l'anesthésie ou encore plus profondément la phobie du chirurgien-dentiste (6;10;11;13;18).

Contrairement à la phase d'induction qui peut être généralisée, la phase de suggestion est adaptée à chaque patient et à chaque situation (10;11;18).

Différents types de suggestions possibles :

- La relaxation musculaire.
- La suggestion directe d'analgésie.
- La suggestion indirecte d'analgésie.
- Le déplacement de la douleur.
- La distorsion du temps.
- La distorsion perceptuelle et la création d'un monde imaginaire.
- La suggestion de sensations agréables.
- L'amnésie hypnotique.
- La régression en âge.
- D'autres types de suggestions post-hypnotiques (ex. bonne cicatrisation suite à une extraction).

▪ *Le réveil* (16-18)

Cette étape appelée également recadrage, met un terme à la séance. Au cours de celle-ci, l'hypnothérapeute suggère à son patient de reprendre doucement conscience et de retrouver son état de perception habituel.

Pour recadrer un patient sous hypnose, il suffit de lui poser des questions simples comme par exemple « Comment êtes-vous venu au cabinet ? » ou le laisser patienter en salle d'attente en lui proposant de lire un livre et lui laisser le temps de reprendre conscience tranquillement.

1.2.4 Les indices de la transe

Un sujet en état de transe hypnotique nous le montre de différentes façons. Des indices physiques et psychologiques peuvent attester que le sujet est bien en état de transe. Ces indices sont variables d'un individu à un autre ou d'une séance à l'autre. Cette liste n'est donc pas exhaustive (20).

Selon Evelyne JOSSE (psychologue-psychothérapeute) (20) :

- La suggestibilité (faculté d'accepter une idée suggérée par l'hypnothérapeute).
- Le littéralisme (le patient répond au sens littéral aux questions qui lui sont posées).
- La dissociation (détachement du patient de son environnement extérieur, conscient).
- L'hallucination (le patient peut ressentir des sensations imaginaires).
- La catalepsie (suspension complète du mouvement volontaire des muscles).
- La lévitation du bras (le bras du patient se lève automatiquement et reste suspendu en catalepsie sans intervention volontaire de sa part).
- Les mouvements idéomoteurs (mouvements involontaires souvent saccadés des paupières ou des doigts).
- La relaxation (fonction respiratoire, déglutition, élocution sont ralenties et relaxation musculaire).
- Le somnambulisme (mouvements en relations avec la scène vécue pendant la transe).
- Les altérations sensorielles (sensations de chaleur ou de fraîcheur, engourdissement, légèreté ou encore diminution du seuil de la douleur).
- La distorsion temporelle (modification de perception de la durée de la séance).
- L'amnésie post-hypnotique (le patient peut oublier en partie ou complètement ce qui s'est passé pendant la séance).
- L'hypermnésie (le patient est capable de retrouver des souvenirs oubliés).
- Le larmoiement (écoulement de larmes).
- La difficulté d'élocution (le patient peut avoir du mal à parler).

Chacun de ces signes peut avoir une dimension thérapeutique différente en fonction du patient et du type de problème abordé lors de la séance.

1.3 Dentisterie éricksonienne^(inpi)

1.3.1 L'hypnose éricksonienne au cabinet

Selon le Dr. Milton H. ERICKSON (1901-1980), il y aurait autant d'hypnoses que de patients (10). En effet, l'hypnose permettrait de faire le lien entre conscient et inconscient pour les faire travailler ensemble afin de déclencher les changements nécessaires à la résolution de certaines problématiques. De plus, l'état hypnotique étant un état de concentration profonde, il est évident que chaque personne sera plus ou moins réceptive et pourra maintenir un état de transe profonde plus ou moins longtemps, même malgré les efforts de l'hypnothérapeute. En effet, sans la valeur ajoutée des deux protagonistes, l'hypnose clinique ne peut exister (10;11).

La dentisterie éricksonienne est « simplement » la philosophie de la pensée éricksonienne, appliquée à l'exercice de l'art dentaire, où les ressources de l'inconscient sont utilisées avec respect et bienveillance, au service du chirurgien-dentiste et de son patient. Ce mouvement a été initié par le Dr Bruno DELCOMBEL, dans le but d'une approche systématique. L'intérêt de cette technique, c'est qu'elle est reproductible et universelle, on pourra l'appliquer dans tous les cabinets dentaires.

1.3.2 Place de la communication dans le soin et hypnose conversationnelle

A la suite de ses études, Albert MEHRABIAN crée la « règle des 3V » en 1967 (23). Celle-ci nous montre que :

- 7% de la communication est Verbale et passe par la signification des mots.
- 38 % est Vocale, passe par l'intonation et le son de la voix.
- 55 % est Visuelle, passe par le visage et le langage corporel.

Nous observons donc que 93% de notre communication est non verbale, ce qui signifie que notre inconscient comprend bien plus que les mots. Marino BONAIUTO, en 2007, a approfondi ce sujet et décrit différents aspects du non verbale (25).

- *L'aspect extérieur* : formation physique, silhouette, vêtement.
- *Le comportement spatial* : distance interpersonnelle, contact corporel, orientation dans l'espace, parfum.
- *Le comportement cinétique* : mouvements du tronc et des jambes, gestes des mains, mouvements de la tête.
- *Le visage* : regard et contact visuel, expression du visage.
- *Les signes vocaux* : verbaux, dotés de signification paraverbale, signes vocaux non verbaux, silences.

Tous ces signes sont à prendre en compte pour adapter notre communication au patient et créer une véritable relation de confiance avec lui. En effet, une relation particulière se crée entre les deux protagonistes. C'est pourquoi dès le début, en dentisterie éricksonienne, il est indispensable de comprendre l'importance de la communication dans la relation (17).

La communication est donc la base de l'hypnose et de la dentisterie éricksonienne. L'objectif est d'utiliser le meilleur message au bon moment, afin d'orienter le patient vers un sentiment de confiance et de sécurité. Ce message doit être adapté à chaque patient et lui permet d'entrer déjà en transe positive. En faisant attention à notre communication, nous créons une ambiance physique et psychologique positive, favorable à l'induction hypnotique et la mise en place d'une transe positive chez notre patient. Si l'on y ajoute quelques processus de dissociation et de suggestions simples, cela s'appelle l'hypnose conversationnelle (35).

De plus, pour P. H. KELLER (Professeur en psychologie), l'efficacité de la suggestion hypnotique aurait pour principe actif la relation (26). Lorsque la relation est de confiance entre le patient et son praticien, l'efficacité de la suggestion sera optimale. C'est pourquoi, il est nécessaire de faire attention à toutes les suggestions indirectes négatives que l'on peut faire sans le savoir au cabinet (17).

Exemple : À la suite d'une avulsion complexe, « Ce fut *très compliqué*, nous avons eu du *mal* à extraire la dent. Votre joue peut *gonfler*, vous allez avoir un peu *mal* pendant quelques jours. Pour cela vous allez prendre des médicaments afin de supprimer cette *douleur* et vous allez mettre de la glace pour éviter que ça ne *gonfle*. Si la gencive *saigne beaucoup*, mordez sur une compresse pendant 15minutes et si vous avez *trop mal*, n'hésitez pas à rappeler ».

En italique, ce sont les mots que le patient va retenir et qui vont inconsciemment l'inquiéter sur les suites post-opératoires. Il faut savoir qu'en transe, le cerveau droit n'entend pas les négations (16;35).

Il faut donc préférer, « Vous avez bien contrôlé, l'opération a été longue mais tout s'est très bien passé, grâce à vous. Il est possible de ressentir quelque chose pendant les jours à venir. Pour cela je vous demanderai de bien prendre les médicaments que je vais vous prescrire et de mettre de la glace le plus possible pendant 48 heures. Un léger saignement est logique, il va permettre une bonne cicatrisation. Nous nous revoyons en contrôle dans 15 jours ».

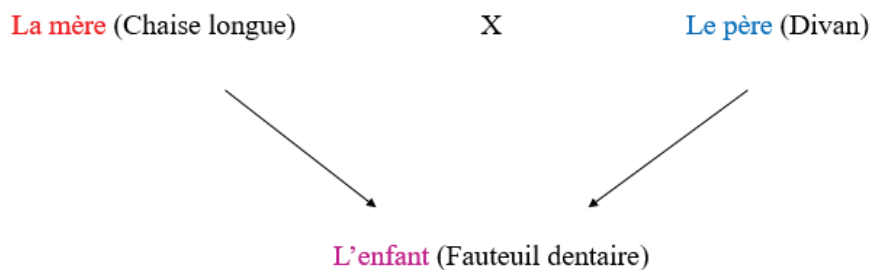
Toutes ces phrases sont tournées de manière positive et suggèrent au patient des suites post-opératoires dans de meilleures conditions. Elles vont réconforter le patient, qui repartira du cabinet rassuré. Nous devons instaurer une dynamique positive avec notre patient pour créer une relation humaine, saine et de confiance.

Pour le docteur Claude VIROT : « Une relation hypnotique positive commence dès le premier regard, dès la poignée de main pour construire une alliance thérapeutique. Les quelques principes décrits ici, aussi simples soient-ils, forgent le socle sur lequel toute l'interaction avec le patient devient différente » (35).

1.3.3 Psychodontogénèse du fauteuil dentaire©

Selon le Dr. Bruno DELCOMBEL, en chirurgie-dentaire, le patient au fauteuil redevient systématiquement un enfant. Il est indispensable de le prendre en compte dans notre pratique quotidienne car l'enfant ne se gère pas comme un adulte. En effet, il doit être cadré, dirigé et surtout rassuré (16;17).

Psychodontogénèse du fauteuil dentaire :



*Figure 7 : Adaptation du schéma « Psychodontogénèse du fauteuil dentaire© » du Dr Bruno DELCOMBEL.
(16;17)*

Nous pouvons observer au fauteuil, un retour ou une régression en âge du patient, qu'il manifestera par des attitudes infantiles. Cette métaphore nous suggère que le fauteuil dentaire est inconsciemment perçu comme un mélange entre une chaise longue et un divan. Or, la chaise longue peut représenter les vacances, la relaxation ou la rêverie et le divan plutôt une séance chez le psychologue.

La rêverie et l'inconscient seraient donc déjà présents au fauteuil dentaire, ce qui faciliterait l'hypnose au cabinet. Cependant, le chirurgien-dentiste se retrouve parallèlement en position de psychothérapeute sans le savoir. Il faut donc le comprendre et adapter sa stratégie de communication.

Ainsi, quand le fauteuil dentaire se baisse, le patient passe en mode inconscient et l'induction hypnotique se ferait toute seule. Cependant, le patient stressé va essayer de lutter avec son conscient. En dentisterie éricksonienne, nous allons l'aider à maintenir le curseur du côté inconscient et l'accompagner dans une transe positive. Cela afin d'éviter que le cerveau Gauche, « critique » et anxieux, domine la séance de soins.

2. Bore-out et Burn-out, syndromes contemporains

2.1 Bore-out syndrome

2.1.1 Définition (27)

Une définition simple et commune du bore-out est un travail qui devient « ennuyeux à mourir », un travail qui n'est plus valorisant. Selon Félix LECLERC, « *La meilleure façon de tuer un homme est de le payer à ne rien faire* ».

Autrement dit, le bore-out caractérise un individu n'ayant ni activité physique et/ou mentale au travail. Cet individu n'arrive pas à donner de sens à son travail, et en vient même à remettre en question l'utilité de son travail ou de sa personne, et en souffre.

Dans le livre de Christian BOURION « Le Bore-out Syndrome », nous pouvons lire : « *Je m'ennuie à mourir au travail, ça ne devrait pas durer. Le 11.12 je me casse de cette boîte à dépression et j'espère trouver un travail où il y a du travail* ». Ceci est l'écrit d'un internaute lors de son étude.

En 2016, 30% des salariés en France n'ont pas suffisamment de choses à faire au travail. Selon C. BOURION, c'est en partie lié à la multiplication des normes et de la législation juridico-sociale qui a supprimé petit à petit la souplesse adaptative de chaque poste.

Nous observons une surabondance des postes là où il n'y a plus de travail et une insuffisance là où il y en a trop. De plus, les lourdeurs administratives ne facilitent pas le cycle « embauche-licenciement-embauche ». Il est aujourd'hui moins coûteux de conserver un poste inutile et d'en créer un nouveau plutôt que de le supprimer.

Actuellement, les métiers, pour lesquels l'offre de travail est la plus importante sont ceux accessibles avec le bac, alors qu'à l'inverse, il devient de plus en plus difficile de trouver un poste après de longues études très spécialisées. De plus, les évolutions technologiques permettent à un employé de réaliser en une heure des tâches qui lui demandaient à l'époque plusieurs jours. Tous les secteurs sont concernés (fonction publique, grandes entreprises, PME...).

2.1.2 Les conséquences du bore-out

Nous observons dans le bore-out une déformation puis une dévalorisation de l'image de soi, qui entraîne une souffrance interne. Elle s'accompagne aussi du sentiment de culpabilité d'être payé à ne rien faire. L'ennui au travail crée donc un malaise quotidien, entraînant tensions, stress, manque de sommeil, manque d'appétit, baisse de moral et dépression. De plus, le bore-out augmenterait les risques de pathologies cardio-vasculaires.

En effet, une étude anglaise met en évidence que le risque de maladies cardio-vasculaires est presque triplé chez les personnes qui s'ennuient au travail (28).

Par ailleurs, dans l'opinion générale, il est bien plus normal d'être surchargé de travail et de s'en plaindre plutôt que l'inverse. Le burn-out est bien plus « honorable » que le bore-out, car le risque est de passer pour un fainéant (27). C'est pourquoi le syndrome de bore-out est complexe. Certains disent qu'il est bien plus destructeur que le burn-out car le statut de victime est très difficilement accepté par la population. Le risque est d'être seul face à ses problèmes et d'avoir honte de se plaindre (27).

« Je n'ose en parler à personne quand je vois en ces temps de chômage ou de travail peu rémunéré tellement j'ai honte de ma situation » ; « Certains n'osent même pas le dire à leur famille tant ils ont honte » (extrait de témoignages cités dans le livre de Christian BOURION, « Le Bore-out syndrome ») (27).

2.1.3 Les solutions (27)

Bien que l'on puisse penser le contraire, donner à l'individu souffrant du bore-out un arrêt maladie ne ferait qu'aggraver la situation. C'est justement, l'augmentation d'activité et le fait de redonner du sens à son travail, qui sont les deux seules solutions envisageables.

Nous pouvons catégoriser plusieurs réactions possibles lorsqu'un individu rencontre une situation de bore-out :

Acceptation	<ul style="list-style-type: none"> - Revoir son image à la baisse - Accepter d'être payé à ne rien faire
Rejet	<ul style="list-style-type: none"> - Quitter son poste - Changer de travail
Contournement	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire le temps de présence au travail - Voler le travail des autres pour s'occuper - Ralentir le rythme - Pratiquer une autre activité pendant le travail
Réagir positivement : Trouver un nouveau moyen de s'accomplir personnellement	<ul style="list-style-type: none"> - Profiter de son temps libre - Découvrir une nouvelle passion
Autres solutions	<ul style="list-style-type: none"> - Consultations médicales : psychothérapie, hypnothérapie... - Prise de médicaments - Redonner du sens à son travail : formations, aider ses collègues...

Figure 8 : Réactions et solutions possible face au Bore-out

Deux problèmes psychosociaux très similaires sont partagés par les deux extrêmes de travailleurs. D'un côté, le manque de travail peut entraîner un bore-out. De l'autre la surcharge de travail va entraîner un burn-out. Ces deux pathologies ont beaucoup de symptômes en commun et des conséquences toutes aussi graves.

2.2 Burn-out syndrome

2.2.1 Définition

Tout comme le bore-out, le burn-out est une des conséquences de l'américanisation du travail. En effet, le travail est devenu pour les Français l'une des choses les plus importantes ces dernières années (29).

Le burn-out n'est pas seulement la fatigue normale due au travail, c'est l'apparition de symptômes physiques et mentaux permanents. Malheureusement, ces symptômes presque irréversibles ne font que s'amplifier avec le temps et si l'on ne réagit pas au bon moment, ils nous entraînent dans la dépression et la maladie (30;31).

De plus, les conditions psychosociales actuelles (élitisme, perfectionnisme et compétitivité) rendent plus difficiles notre plein épanouissement personnel et surtout professionnel. La pression psychologique infligée par notre société nous met en état de stress constant. Celui-ci finit par user l'organisme. Le corps s'épuise et cette fatigue va avoir un impact sur notre santé.

C'est le psychanalyste Herbert J. FREUDENBERG qui décrit pour la première fois le burn-out, en 1974. (31) Deux ans plus tard, la psychologue Christina MASLACH met en place son fameux « Inventaire du Burn-out » selon MASLACH (MBI, MASLACH Burn-out Inventory) pour étudier ce phénomène (32).

Pour MASLACH et JACKSON en 1986, il s'agit d'un syndrome tridimensionnel :

Epuisement émotionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'énergie - Fatigue chronique - Manque d'enthousiasme
Dépersonnalisation et déshumanisation	<ul style="list-style-type: none"> - Traiter tous les patients, confrères employés et l'organisation en tant qu'objets
Faible réalisation personnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Forte dévalorisation

Figure 9 : Les 3 dimensions du burn-out selon C. MASLACH.

Selon un rapport datant de 2016, il touchait déjà plus de 3 millions de Français, soit environ 15% de la population (33).

Malgré le phénomène de santé publique et l'ampleur du problème, seule l'Argentine reconnaît le burn-out comme maladie depuis 2008. Pour l'OMS, le burn-out est considéré comme un risque de travail psychosocial influençant l'état de santé. Il n'est cependant pas encore répertorié dans la classification des maladies ou dans le DSM (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux) (33;72).

Notre Ministre de la Santé Mme Agnès BUZYN a dit en Octobre 2017 sur Europe 1 : « *Aujourd'hui, il s'avère que ce n'est pas une maladie. C'est un ensemble de symptômes et donc, c'est très difficile de décider que c'est une maladie professionnelle* ». La HAS, qu'elle présidait à l'époque, avait rendu également un avis défavorable pour désigner le burn-out comme maladie.

La reconnaissance comme maladie professionnelle est donc très difficile à envisager à l'heure actuelle, malgré les répercussions graves sur la santé des soignants et des soignés. Il arrive malheureusement que le burn-out ne soit pas traité ou diagnostiqué à temps (33).

2.2.2 Symptômes du burn-out

Les symptômes du burn-out sont multiples. Ils peuvent être plus ou moins graves en fonction du stade auquel il est diagnostiqué et ils sont directement liés à l'impact physique et psychologique du stress sur l'organisme. Le burn-out est souvent décrit comme un cercle vicieux qui évolue en plusieurs phases caractéristiques.

Selon Jerry EDELWICH et Archie BRODSKY il existe 4 phases distinctes du syndrome (1980) (34) :

1. Phase d'engagement, phase de satisfaction intense au travail.
2. Phase de sur-engagement, petit à petit l'activité et les pensées professionnelles vont gagner toutes les sphères de l'existence.
3. Phase de résistance, la personne continue à s'infliger un rythme effréné.
4. Phase d'effondrement, phase finale du processus, qui affecte toutes les dimensions de la personne (psychique, émotionnelle et physique), c'est un stade dépressif profond.

Cependant, Cécile DECROIX ajoute à juste titre, dans son article « Burn-out », la phase d'épuisement (38). Elle considère que le burn-out commence à la phase 2 du classement d'EDELWICH et BRODSKY et ajoute une étape entre la phase de résistance et d'effondrement.

Je décrirais finalement 5 phases dans le burn-out :

1. Engagement et satisfaction au travail	Equilibre entre travail et vie personnelle
2. Hyperactivité et sur-engagement	Fatigue, difficultés d'endormissement, substitution des temps de repos et de détente par le travail, grande satisfaction et fort sentiment d'accomplissement
3. Résistance	La personne nie le surmenage et continue à s'imposer un rythme intense
4. Épuisement	- <i>Désengagement</i> : attitude de rupture avec son entourage professionnel, sentiment de frustration - <i>Appauvrissement émotionnel, relationnel et social</i> : indifférence vis-à-vis de l'actualité, rupture avec ses amis, repli sur soi, isolement - <i>Diminution de l'efficacité cognitive</i> : troubles de la concentration et de la mémoire, indécision, pertes d'initiatives, pertes d'adaptation
5. Effondrement physique, psychologique et émotionnel	Détresse intense, sentiment de culpabilité, faiblesse, pessimisme, dépression, anxiété, angoisses, idées suicidaires

Figure 10 : Les 5 phases du burn-out.

En plus de l'impact inévitable qu'a le burnout sur le comportement au travail et la vie personnelle, il a aussi des conséquences directes sur la santé (33;37;41) :

Troubles fonctionnels	Fatigue, épuisement physique, trouble du sommeil, baisse de la concentration, douleurs musculaires, céphalées, troubles gastro-intestinaux, rhumes
Troubles comportementaux et psychologiques	Baisse de moral, dépression, culpabilisation, négativisme, irritabilité, désengagement émotionnel, anxiété, tension, augmentation des addictions (tabac, alcool, médicaments...)
Augmentation des maladies cardiovasculaires	Hypertensions, maladies coronariennes...
Augmentation des problèmes musculosquelettiques	Douleurs et tensions cervicales, tendinites...

Figure 11 : Les conséquences du burn-out.

2.2.3 Les solutions (41)

La tendance actuelle est plutôt de prévenir que guérir. Pour le Bureau International du Travail (42), « les interventions pour réduire le stress au travail peuvent être primaires (réduire les sources de stress), secondaires (aider les individus à développer des capacités à faire face au stress) et tertiaires (prendre en charge les individus affectés par le stress) ».

	Objectifs	Exemples
Prévention primaire	Évaluation, contrôle et élimination des facteurs de risque environnementaux au travail afin de réduire leurs impacts sur l'individu.	<ul style="list-style-type: none"> - Mieux répartir les charges de travail - Redéfinir les responsabilités de chacun - Revoir les méthodes de reconnaissance du travail au sein de l'entreprise
Prévention secondaire	Aider les individus à gérer plus efficacement les exigences et contraintes liées au travail, en améliorant leurs stratégies d'adaptation au stress.	<ul style="list-style-type: none"> - Formation à la gestion du stress (ex. yoga, hypnose...) - Aménagement de temps réservés à la relaxation physique ou au repos - Amélioration de l'hygiène de vie afin d'accroître la résistance de l'organisme au stress - Mise en place d'espaces de dialogue et méditation dans l'entreprise - Aides aux salariés pour faciliter leur vie quotidienne
Prévention tertiaire ou traitement de la maladie	Traitement psychologique, physique et accompagnement des individus qui souffrent ou ont souffert de burn-out.	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'assistances psychologiques - Consultations spécialisées - Faire une pause dans son travail, prendre des vacances

Figure 12 : Prise en charge du burn-out.

Le traitement du burn-out est un processus long, où la personne devra apprendre à gérer son stress, tout en alliant détente et plaisir, elle devra reprendre confiance en elle et reprendre le travail en douceur (32;38;41).

Agir contre le stress au travail doit bénéficier à la fois aux individus et aux entreprises (42-43). Comme le souligne le Bureau international du travail (42), « *la lutte contre le stress au travail représente sans*

doute l'un des grands défis que devront relever les gouvernements, les employeurs et les syndicats au cours des années à venir. Les entreprises qui auront le plus de chances de réussir à l'avenir seront celles qui aideront les travailleurs à faire face au stress et qui réaménageront soigneusement le milieu de travail afin qu'il soit mieux adapté aux aspirations humaines ».

2.3 Le stress du chirurgien-dentiste

Ces dernières années, l'exercice de la dentisterie a complètement changé. En effet, l'évolution de la société ainsi que le développement de nouveaux matériaux et de nouvelles techniques ont entraîné la profession vers un exercice différent, beaucoup plus technique, où le praticien dispose de moins en moins de temps pour créer une vraie relation humaine avec son patient.

En 2007, E. RIGAL et J. MICHEAU déclarent déjà « *la nature des actes a profondément évolué, les contraintes règlementaires se sont intensifiées. Pour des raisons liées au progrès technique et des raisons démographiques (vieillesse et féminisation des jeunes générations), on assiste à une évolution assez notable des modes d'exercice* » (45).

2.3.1 Évolutions de l'exercice de la dentisterie ces dernières années (45)

- *Changement de la demande de soin, du patient au consommateur de soins*

Nous observons le recours plus systématique aux soins et à la prévention. En effet, l'évolution des techniques et des matériaux offrent des solutions de soins et de prothèses nouvelles. Les patients ont également aujourd'hui une exigence esthétique de plus en plus importante.

Ils sont de mieux en mieux informés et auraient tendance à devenir davantage consommateurs. Véritables acteurs de leurs soins, ils seraient plus exigeants et n'hésiteraient pas à se plaindre si ceux-ci ne correspondent pas à leurs attentes. Le chirurgien-dentiste serait donc plus confronté à des actions en justice menées par des patients (45;50).

- *De plus en plus technique*

L'équipement nécessaire à l'ouverture d'un cabinet est aujourd'hui beaucoup plus important qu'il y a 30 ans. En effet, le plateau technique moderne est très lourd et représente un investissement important pour un jeune praticien voulant s'installer.

De plus, l'évolution constante des techniques impose de mettre à jour régulièrement ses connaissances par des formations continues et de faire évoluer également le plateau technique.

- *Augmentation des contraintes et obligations*
 - *L'évolution et la rigidité de la CCAM (84-86) :*

Plusieurs conventions entre l'UNCAM et les syndicats dentaires ont été signées ces dernières années, limitant de plus en plus la liberté d'exercice du praticien.

La dernière en date signée le 21 juin 2018 bouleverse actuellement la profession. Dans l'optique d'un reste à charge zéro pour le patient, elle vise à plafonner les tarifs prothétiques et à réévaluer à la hausse le remboursement des soins (tenant compte des évolutions technologiques et des prix des nouveaux matériaux). Complexifiant toujours plus les cotations administratives pour le chirurgien-dentiste et orientant le patient vers le choix de certains types de prothèses dentaires (pour être mieux remboursé), il limite par conséquent les options thérapeutiques et le choix des matériaux utilisés par le chirurgien-dentiste pour son patient.

Sa mise en place à compter du 1er avril 2019 entraîne un stress supplémentaire pour le praticien, qui va devoir revoir sa manière d'exercer pour espérer pouvoir maintenir sa qualité de soins et éviter que le patient n'en soit victime.

- *Les obligations réglementaires du chirurgien-dentiste :*

Le chirurgien-dentiste est aujourd'hui soumis au respect de nombreuses dispositions légales et réglementaires dans l'exercice de sa profession, au sein du cabinet dentaire mais également en sa qualité d'employeur (45;46).

Les obligations réglementaires du chirurgien-dentiste :

Professionnelles et déontologiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Devoir d'information ▪ Qualité de soins et obligation de moyens ▪ Respect du principe de « non-discrimination », traiter chaque patient de manière égale ▪ Respect de confraternité ▪ Obligation de réaliser un certificat à la demande d'un patient suite à un accident ▪ Respect du secret médical
Au sein du cabinet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatives aux locaux : accès handicapés, sécurité incendie, éclairage, performances énergétiques... ▪ Relatives au matériel médical : radioprotection, dispositifs médicaux, compresseurs... ▪ Relatives aux risques infectieux : normes d'hygiène, stérilisation, traçabilité...
En tant qu'employeur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A l'embauche : administratives et légales ▪ Respect des règles protectrices des salariés : médecine du travail, aménagement des locaux, document unique des risques auxquels sont exposés les salariés... ▪ Affichages obligatoires : prévention, horaires de travail, congés...

Figure 11 : Les obligations réglementaires du chirurgien-dentiste.

- *Poids des tâches de gestion*

Le chirurgien-dentiste est confronté quotidiennement à la gestion administrative et comptable du cabinet. Or, il semble que ces tâches soient en augmentation ces dernières années (la télétransmission ou les tâches administratives liées à la prise en charge des patients, la gestion des codifications CCAM). Autant de tâches pour lesquelles il n'est pas formé.

Le développement de nouvelles techniques et les progrès scientifiques ont véritablement transformé la chirurgie-dentaire en une discipline médicale, nécessitant sa réglementation. Le cadre juridique de l'exercice a dû s'adapter et se renforcer (46).

De plus, le chirurgien-dentiste est aujourd'hui soumis à des responsabilités de chef d'entreprise, pour lesquelles il n'est encore une fois pas formé et qui ne font qu'augmenter. Elles représentent une charge de travail et une source de stress relativement importante auxquelles le chirurgien-dentiste est de plus en plus confronté.

2.3.2 Les facteurs de stress chez le chirurgien-dentiste

Plusieurs études ont montré que les chirurgiens-dentistes ont un taux élevé de stress. En effet, une étude mexicaine visant à mesurer l'état de stress chronique chez 256 chirurgiens-dentistes a montré en 2008 que 13,7% ont des niveaux élevés de stress chronique, 71,8% ont des niveaux de stress moyen et seulement 14,5% ont un faible niveau de stress (51).

Plus récemment, une étude anglaise réalisée à l'aide d'un questionnaire en 2019 rapporte un taux élevé de stress voire même de burn-out dans la profession. La gestion des conflits avec les patients apparaît comme le facteur le plus stressant. Cette étude souligne que la solution serait de ne pas se focaliser sur la gestion du stress individuel mais de réfléchir à des solutions globales et de modifier l'environnement de travail du chirurgien-dentiste (52).

En effet, plusieurs problématiques se posent actuellement au chirurgien-dentiste :

- *Un stress commençant sur les bancs de la faculté*

En chirurgie-dentaire, le stress est présent dès les bancs de la faculté. Selon L'UNECD, en 2015 déjà, 1 étudiant sur 3 répondait que le mot « stress » définissait le mieux ses études (53).

Les derniers résultats de son enquête nationale lancée en mai 2018 et publiés en novembre 2018 montrent que ces chiffres n'ont pas évolué :

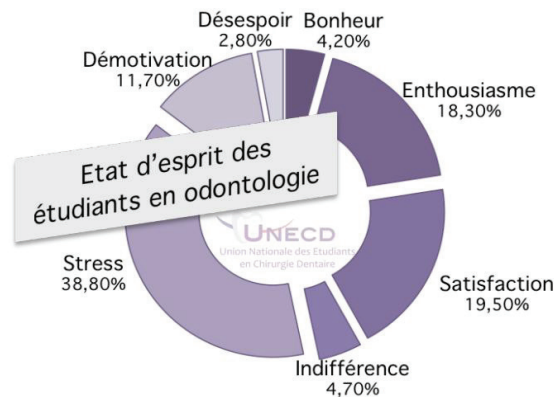


Figure 12 : Tableau « Etat d'esprit des étudiants en odontologie », dossier de presse de l'UNECD (53).

- *Le stress lié à l'environnement et aux conditions de travail*

La situation géographique du cabinet pourrait être une source de stress pour le chirurgien-dentiste. En effet, être situé dans un désert médical, éloigné des facultés et des formations serait un facteur de stress pour le praticien (61). L'isolement professionnel augmenterait le stress du chirurgien-dentiste (47). Par ailleurs, le cabinet dentaire est un lieu exigu qui peut générer du stress, augmenté par les bruits des rotatifs, des inserts et des aspirations (56).

Une des caractéristiques principales de la pratique de l'odontologie est la relation existante entre le dentiste, son équipe et ses patients. Cette relation peut, dans certaines conditions, générer malaises, anxiété ou stress.

- *La relation patient/praticien*

La peur du chirurgien-dentiste constitue une barrière à l'accès aux soins pour une partie non négligeable de la population. En effet, un article récent du Pr. Ellie HEIDARI (Professeur au King's College à Londres), montre que 45% des britanniques sont anxieux avant d'aller voir le dentiste (70). En France cela représenterait 48% selon un sondage de 2016 (71). La gestion de cette anxiété chez les patients est l'une des sources de stress les plus importantes pour le praticien (57-59).

De plus, la tension émotionnelle causée par le sentiment d'être responsable de la douleur de leurs patients peut créer chez les chirurgiens-dentistes une certaine instabilité et une forme de frustration pouvant engendrer une profonde anxiété (48). En effet, selon les travaux fondamentaux du Dr. Giacomo RIZZOLATI sur les neurones miroirs, voir quelqu'un effectuer une action ou éprouver une émotion activerait dans notre cerveau les zones correspondantes, nous faisant ressentir les mêmes émotions (49).

C'est pourquoi, voir un patient stresser va également stresser le praticien. Même si parfois de façon inconsciente, il arriverait à absorber en partie ce stress, l'accumulation tout au long de la journée va finir par épuiser le chirurgien-dentiste et le stresser en retour.

Une bonne relation patient/praticien est donc primordiale pour diminuer le stress du chirurgien-dentiste.

- *Les facteurs de stress liés à l'organisation du soin et à la gestion du cabinet*

Avec de longues journées de travail, le chirurgien-dentiste est constamment pressé, il doit travailler vite tout en soignant de la meilleure façon. En effet, il doit gérer les urgences en plus des imprévus cliniques. La surcharge des plannings est également une des sources de stress importantes chez le praticien (60).

Aux soins des patients vient s'ajouter la gestion des obligations administratives (aménagement du bureau, sélection du personnel, relations avec les prothésistes...). En fait, il doit jouer le rôle d'un homme d'affaires, d'un gestionnaire du personnel, d'un technicien, d'un professeur et d'un dentiste. Cette pluralité des rôles à assumer au quotidien exige un effort d'adaptation considérable qui augmente d'autant sa charge de travail (64).

En effet, selon le Dr. Edmond BINHAS (66), le stress se développe chez le praticien lorsqu'il essaie de maintenir une dentisterie de qualité alors que dans le même temps il est confronté à toute une série de tâches fastidieuses, qui le détourne de sa vocation.

D'autres facteurs peuvent également agir sur le stress du chirurgien-dentiste, en particulier le contexte économique. En effet, la source de stress aujourd'hui citée par le plus grand nombre de dentistes résulte de problèmes financiers. En plus de son statut de soignant, le chirurgien-dentiste doit s'assurer de la rentabilité de son cabinet. Il doit pouvoir régler ses charges et son personnel en fin de mois (64;68). Enfin, en France, la prévention n'est pas suffisamment honorée et la rentabilité se fait sur des soins plus lourds, comme par exemple les prothèses. Cette lacune du système de soins peut provoquer une forme de frustration chez les jeunes dentistes formés en prévention (67).

Le chirurgien-dentiste est donc aujourd'hui obligé de faire un choix entre la qualité des soins proposés, le temps qu'il va y passer et la réalité économique d'un cabinet dentaire. Ces 20 dernières années, avec l'évolution des réglementations, l'augmentation des charges, l'évolution des prix du matériel, il est contraint de travailler plus vite s'il veut maintenir une rentabilité satisfaisante. Les conséquences se ressentent sur le temps de prise en charge accordée à chaque patient. Il n'a plus le temps de prendre en charge son patient dans la globalité et c'est la relation patient/praticien qui en est la première touchée.

Cette dégradation de la relation humaine avec son patient engendre une insatisfaction personnelle, qui est responsable en partie du bore-out et du burn-out.

2.3.3 Bore-out du chirurgien-dentiste

Le chirurgien-dentiste, depuis sa position de chef d'entreprise et de soignant, devrait y échapper car il est toujours occupé. Cependant, passé un certain âge, arrive parfois l'impression de routine et d'ennui au travail.

Le Dr. Jean-Marc DERSOT (chirurgien-dentiste parisien) m'a témoigné lors d'un entretien, qu'un de ses anciens étudiants lui a dit après 15 années d'exercice : « *J'ai l'impression d'avoir fait le tour* ». Il complète « *l'ennui je peux bien le comprendre, on peut avoir l'impression d'avoir fait le tour, de se lasser* ». En effet, je pense qu'après plusieurs années, nous pouvons observer une baisse d'intérêt et d'implication dans notre exercice. La passion n'étant plus là, nous constatons alors une diminution de notre épanouissement au travail. Il en résulte une baisse de notre sentiment d'accomplissement personnel, qui va se ressentir à la maison comme au travail. Cette baisse de motivation et d'implication au cabinet va également très vite se faire ressentir sur les patients et impacter la qualité des soins. Les échanges et la relation peuvent devenir plus complexes. C'est un cercle vicieux qui va demander de l'énergie et peut faire basculer petit à petit vers le burn-out.

2.3.4 Burn-out du chirurgien-dentiste

Nous savons désormais que l'origine du burn-out réside dans le déséquilibre qu'a le professionnel entre ses stratégies personnelles pour faire face au stress et l'ensemble des facteurs de risques auxquels il est exposé. Malheureusement, en plus du stress quotidien, les longues heures passées au cabinet dentaire peuvent avoir un effet négatif sur son bien-être psychologique (manque de temps pour ses loisirs, se reposer...) et sur sa vie familiale.

Les résultats de l'étude réalisée par le Conseil national en collaboration avec l'Académie nationale de chirurgie-dentaire, publiée en avril 2018 soulèvent de vives inquiétudes (69) :

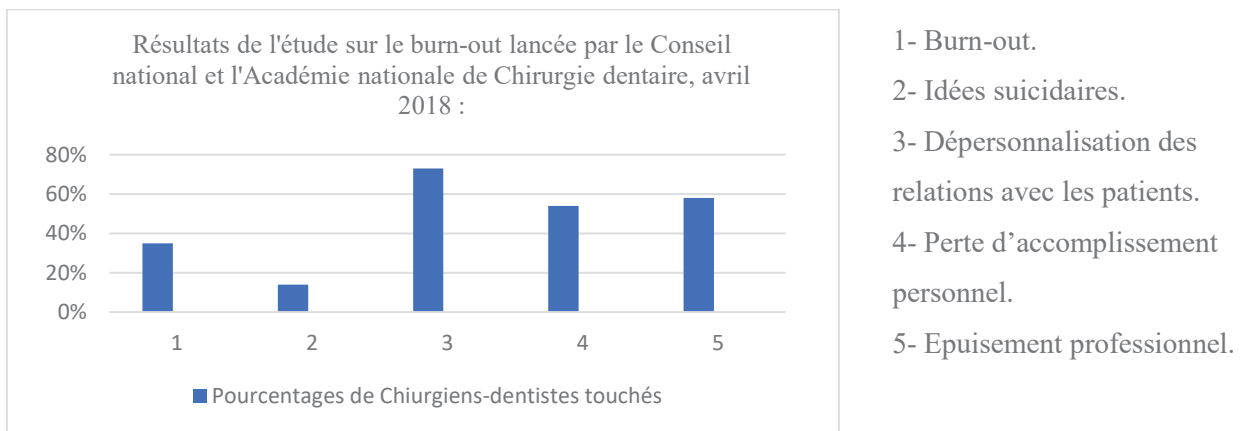


Figure 13 : Résultats de l'étude sur le burn-out lancée par le Conseil national et l'Académie nationale de chirurgie-dentaire, en avril 2018 (69).

« L'ampleur du burn-out est alarmante. Des réponses de fond devront émerger pour venir en aide aux praticiens en détresse. » déclare le Dr. Gilbert BOUTEILLE (Président du Conseil National) (69).

Il est malheureux de constater que le bore-out, et plus encore le burn-out, sont deux fléaux très présents au cabinet dentaire. Comme le dit le Dr. BOUTEILLE, il est indispensable de trouver des solutions de fond pour prévenir ce problème et stopper l'épidémie avant qu'il ne soit trop tard.

Dans ce contexte, nous allons voir en quoi la pratique quotidienne de l'hypnose au cabinet dentaire est confortable pour le praticien et son patient. Elle serait une solution qui apporterait un intérêt nouveau à notre exercice, en réduisant considérablement le stress de l'équipe soignante.

3. L'hypnose au service du patient et surtout du praticien

Il est ancré dans l'inconscient collectif que l'hypnose clinique, dans ce cas la dentisterie éricksonienne, serait utilisable uniquement à des fins de confort thérapeutique, pour une meilleure prise en charge globale du patient. En effet, c'est l'un des objectifs, mais l'utilisation de l'hypnose éricksonienne au cabinet dentaire permettrait un exercice beaucoup plus agréable pour le praticien et son équipe également.

3.1 Etude sur l'apport de l'hypnose chez les praticiens formés

3.1.1 Présentation de l'étude

Pour conforter ces idées, j'ai réalisé un sondage auprès de chirurgiens-dentistes formés en hypnose clinique. L'objectif étant de récolter des informations sur le type de chirurgiens-dentistes qui pratiquent l'hypnose et surtout leurs retours concernant les bénéfices de la pratique de l'hypnose.

Dans ce but, j'ai mis en ligne sur Facebook, un questionnaire (Google Forms), qui m'a permis de récupérer 117 réponses de confrères formés. Ce questionnaire est resté accessible pendant 48 heures, sur un groupe réservé aux chirurgiens-dentistes français. Je précisais dans l'annonce qu'il était dédié exclusivement aux confrères formés en hypnose clinique.

L'étude présentait 11 questions, à choix multiples et avec la possibilité d'ajouter une réponse personnelle.

3.1.2 Résultats

- Question 1 : Spécificités démographiques au niveau des praticiens formés : homme ou femme ?
Nous constatons que 71,8% des répondants sont des femmes.

- Question 2 : Quel est votre type d'exercice ?

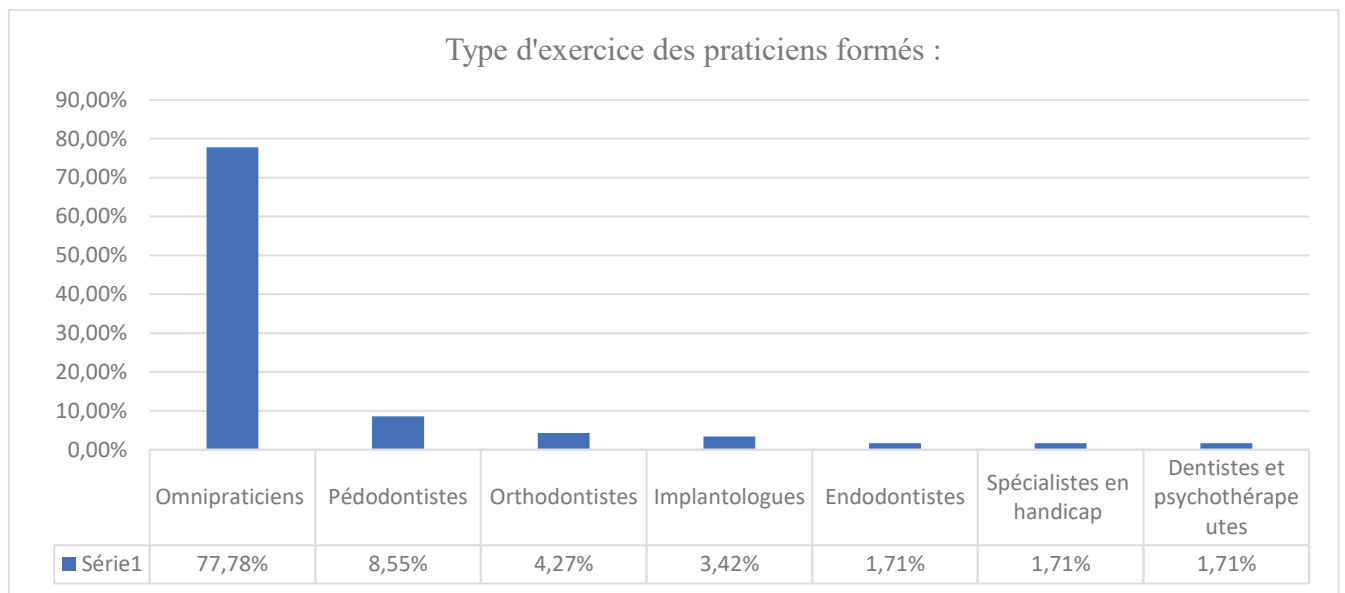


Figure 14 : Type d'exercice des praticiens formés.

Nous pouvons constater que près de 80% des répondants sont omnipraticiens.

- Question 3 : Depuis combien de temps êtes-vous chirurgiens-dentistes ?

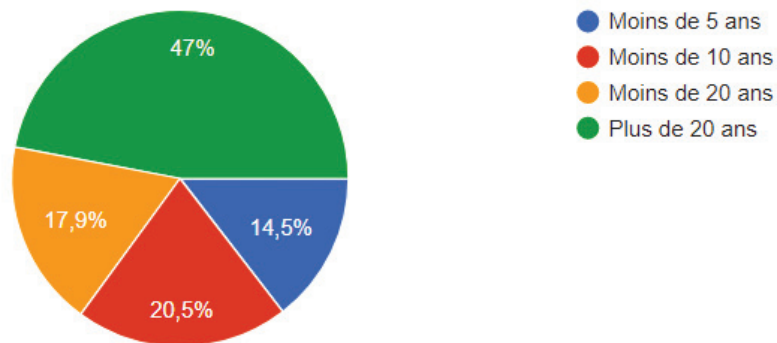


Figure 15 : Durée d'exercice des praticiens formés.

La majorité des répondants exercent depuis plus de 10 ans voire plus de 20 ans pour près de 50% d'entre eux.

- Question 4 : Depuis combien de temps êtes-vous formé en hypnose ?

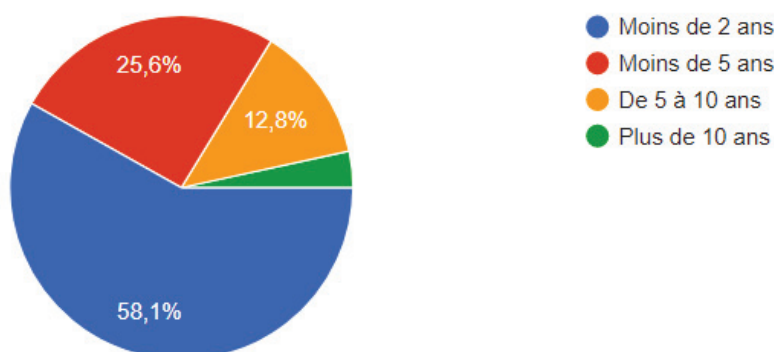


Figure 16 : Date de formation à l'hypnose clinique.

L'hypnose est à la mode en ce moment. Environ 60% des praticiens se sont formés il y a moins de 2 ans. Ce nombre reste relativement insignifiant par rapport au nombre de praticiens exerçants.

- Question 5 : Pratiquez-vous l'hypnose quotidiennement au cabinet, sinon à quelle fréquence ?

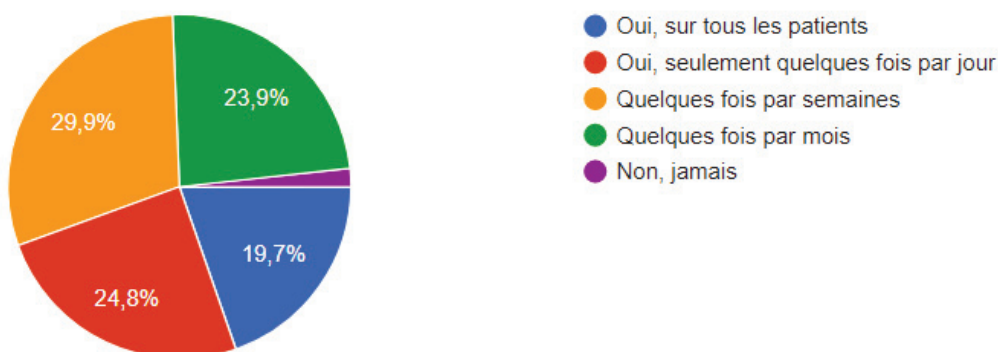


Figure 17 : Fréquence d'application de l'hypnose au cabinet dentaire.

Les dentistes formés appliquent presque tous l'hypnose au cabinet dentaire. C'est logique car comme nous le savons, elle est naturellement et toujours présente.

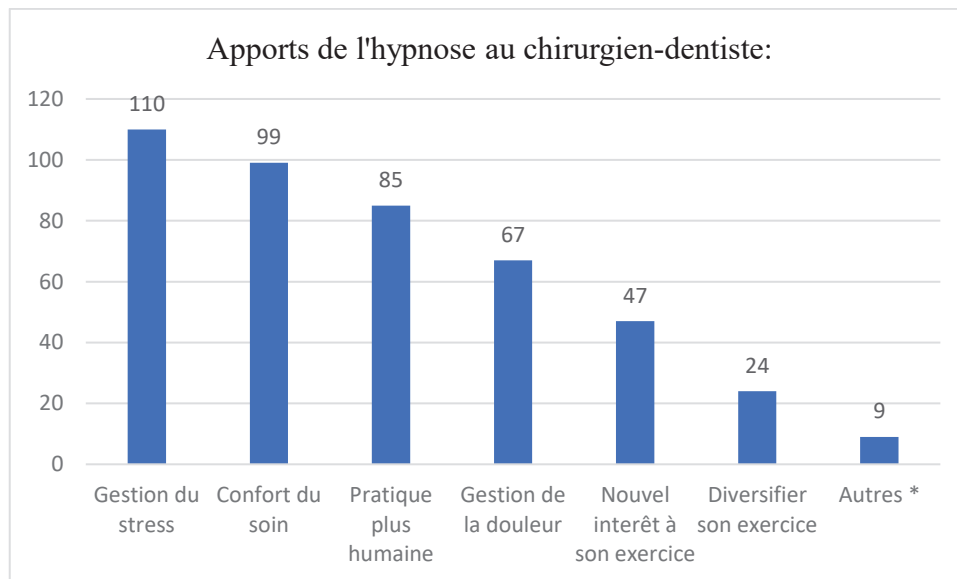
- Question 6 : Qu'est-ce qui vous a incité à vous former ? (Réponse ouverte)

Quelques réponses : « la **curiosité** » ; « **diversifier mes compétences** » ; « **le confort pour travailler avec des patients plus zen.** » ; « **mon inconscient** » ; « **stress patient/praticien** » ; « **valeur ajoutée pour mon bien-être** » ; « **outil supplémentaire à maîtriser** » ; « **la simplicité des soins** » ; « **les patients et le stress** » ; « **mon bien-être personnel** » ; « **envie d'apporter plus de confort au patient et à soi-même** » ; « **meilleure gestion du stress** » ; « **de l'humain dans le soin** » ; « **mon confort et celui du patient** » ; « **humaniser un peu plus les soins...** » ; « **facilité l'exercice quotidien** » ; « **plus de bien-être au cabinet** » ; « **améliorer notre qualité de vie au travail** » ; « **besoin d'améliorer la**

communication » ; « **communication ; sérénité ; confort** » ; « **besoin de décompresser (autohypnose)** » ; « **besoin de travailler sereinement** » ; etc...

Toutes ces raisons, plus personnelles les unes que les autres, nous montrent à quel point l'hypnose est, pour les confrères formés, une porte de sortie vers un exercice plus relaxant. C'est une « envie » voire parfois même un « besoin » pour un meilleur « bien-être au cabinet ».

- Question 7 : Quels sont pour vous les apports principaux de l'hypnose au chirurgien-dentiste ?



*Autres :

- « Liberté. »
- « Savoir que j'ai une porte de sortie professionnelle. »
- « La gestion des émotions. »
- « Ambiance plus zen au travail. »
- « Une relation thérapeutique plus juste. »
- « Harmonie au cabinet et dans la vie. »
- « Motivation du patient. »
- « Véritable alliance du patient, bien plus forte que la confiance. »
- « Un bien être personnel et une meilleure façon de me distancer. »
- « Une super cohésion, dans mon équipe de soins. »

Figure 18 : Raisons de formation.

Nous retrouvons en premier la gestion du stress, vient ensuite le confort du soin puis une pratique plus humaine. Autant de points qui sont très importants pour lutter contre le burn-out.

- Question 8 : A qui bénéficie le plus la pratique de l'hypnose au cabinet dentaire ?

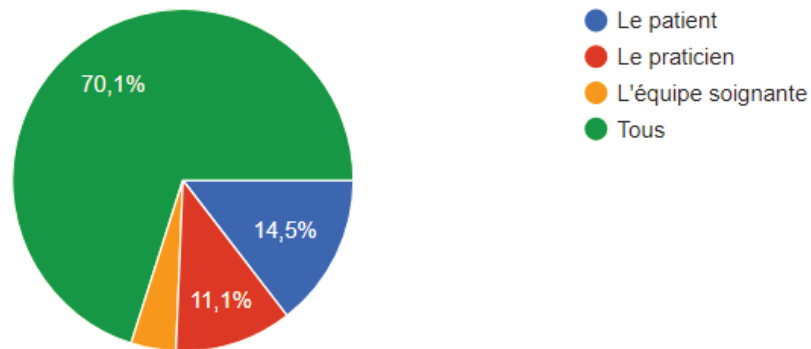


Figure 19 : Les bénéficiaires de l'hypnose au cabinet.

Pour 70% des praticiens, l'hypnose est bénéfique à l'ensemble du cabinet dentaire.

- Question 9 : Comment sont les retours des patients après une séance sous hypnose ?

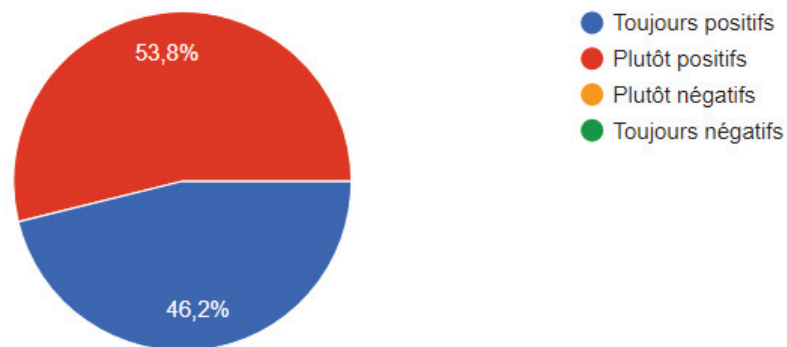


Figure 20 : Les retours des patients après une séance d'hypnose.

Nous remarquons que les retours des patients après une séance sous hypnose sont positifs dans 100% des cas. Cela est très gratifiant pour le praticien au quotidien.

- Question 10 : Êtes-vous conscient que le burn-out est très présent au cabinet dentaire ?

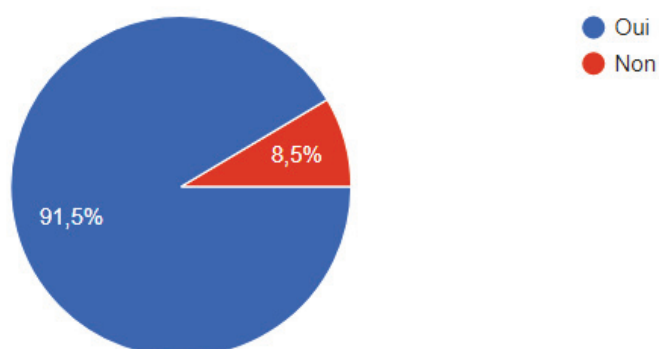


Figure 21 : Conscience du burn-out du chirurgien-dentiste.

Les praticiens formés en hypnose sont conscients pour 91,5% du problème de burn-out dans la profession, ce qui est une bonne chose car pour le Dr. Bruno DELCOMBEL, « *le premier symptôme du burn-out est le déni* ».

- Question 11 : Pensez-vous que l'hypnose serait une solution pour lutter contre le burn-out au cabinet dentaire ?

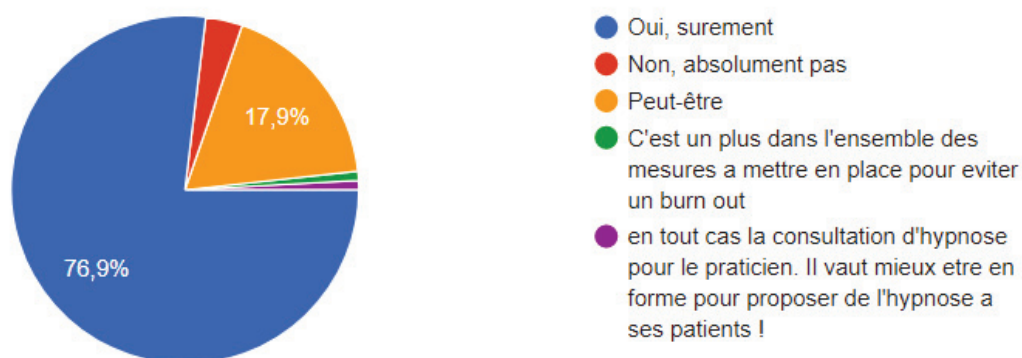


Figure 22 : L'hypnose, une solution pour lutter contre le burn-out du chirurgien-dentiste ?

Enfin, pour plus de 75% des praticiens interrogés, l'hypnose serait sûrement une solution pour lutter contre le burn-out au cabinet dentaire. Deux répondants ont ajouté une remarque visible en vert et en violet sur le graphique.

Ce bref questionnaire nous donne beaucoup d'informations concernant l'apport de l'hypnose en chirurgie-dentaire. Nous constatons que les praticiens formés sont en grande majorité des femmes,

exerçant depuis plus de 20 ans et omnipraticiennes. De plus, la pratique de l'hypnose clinique au cabinet dentaire apporte pour toute l'équipe soignante, le patient et le praticien quelque chose de positif. Enfin, nous remarquons que 91,5% des confrères formés sont conscients que le burn-out est très présent en chirurgie-dentaire et pour 76,9% d'entre eux, la pratique de l'hypnose clinique serait sûrement une solution pour lutter contre celui-ci. L'hypnose apporte donc irrémédiablement du bien-être au cabinet dentaire et nous allons voir comment.

3.2 L'outil hypnotique, un confort au cabinet dentaire

3.2.1 Au service du praticien pour une meilleure prise en charge des patients

- Gestion du stress :

Comme nous l'avons évoqué, la gestion du stress du patient demande beaucoup d'énergie au praticien. L'hypnose fait partie des solutions mises en avant pour la prise en charge du stress et de l'anxiété chez les patients (57;78). En effet, l'hypnose médicale est avant tout un procédé de relaxation, capable de calmer le patient et son praticien pour faciliter les soins. Elle représente une solution alternative naturelle, qui évite les prescriptions médicamenteuses et est aussi efficace (77). Elle agit à la fois sur le patient mais aussi quotidiennement sur le bien-être de toute l'équipe soignante (75).

- Gestion de la douleur :

La douleur est avant tout l'expression d'une souffrance, elle est subjective. Elle peut être physique (physiologique) ou encore psychologique (79). Pour traiter la douleur, il faut prendre en compte tous ses aspects. En effet, le message douloureux n'est pas simplement nerveux, il est aussi chargé des souvenirs et émotions du patient. Quand la douleur physiologique est bloquée par les anesthésiques, la dimension psychologique est quant à elle toujours présente. L'hypnose va permettre de diminuer cette dimension de pénibilité en agissant sur le message douloureux, permettant au patient de le décharger de ses émotions et souvenirs négatifs. Le patient arrivera alors à mieux contrôler ses douleurs chroniques et améliorera donc sa qualité de vie (79;81). De plus, la douleur serait exacerbée par l'anxiété et la peur, surtout si cette peur fait suite à une expérience douloureuse antérieure (80). Selon M.H. ERICKSON, l'expression de la douleur est régie par la règle des 3 tiers : 1/3 de douleur réelle ; 1/3 d'anticipation ; 1/3 de souvenir (10).

L'hypnose serait donc une solution efficace pour gérer la douleur au cabinet dentaire sur deux aspects. Elle agirait directement sur le message douloureux, en contrôlant sa composante affective. Le patient relaxé sera également moins sensible à la douleur.

- Confort de soin :

La catalepsie permettrait au patient en état de transe hypnotique, par un réflexe musculaire inconscient, de maintenir sa bouche ouverte plus longtemps, sans ressentir de fatigue musculaire, de gêne ou de douleurs (17). De plus, nous observons chez les patients soignés sous hypnose une distorsion du temps. Le patient a l'impression que le soin a duré moins longtemps et donc tolérera plus facilement des soins longs, comme des traitements endodontiques par exemple (20;35). Enfin, la puissance de la suggestion pourrait permettre d'induire dans certains cas une réduction de la salivation ou des saignements. Exemple de suggestion : « maintenant vous allez fermer tranquillement les robinets de la salive » (17;35).

- Prise en charge psychologique du patient (16-19;35) :

En dentisterie éricksonienne, le chirurgien-dentiste met en place en peu de temps une véritable relation de confiance avec le patient. Il lui demande son consentement et l'implique dans le soin. En considérant son patient et en faisant confiance à ses ressources internes, le praticien va mettre en confiance le patient et lui permettre de gérer lui-même son stress et sa douleur.

Le patient est en effet pris en charge dans sa globalité, ce qui influence énormément la qualité du soin. Nous pouvons alors parler de « thérapie brève » en hypnose clinique car la prise en charge du patient est réalisée de façon générale, autant physique que psychologique. Cette reprise de confiance personnelle lors des soins peut suffire à déclencher chez les patients une reprise de confiance en eux et cela même dans leur vie quotidienne. La relation devient alors plus humaine et permet au praticien de s'accomplir un peu plus d'un point de vue professionnel.

Il est fondamental de noter que la relation patient-praticien au fauteuil dentaire est *inaliénable*. Cela signifie qu'aucune administration ou autre personne n'appartenant pas à l'équipe dentaire proprement dite, ne peut intervenir à ce niveau. C'est strictement confidentiel.

3.2.2 Témoignages de praticiens

Nous observons également que chez certains praticiens formés, l'hypnose a, en plus de l'apport sur le plan professionnel, un impact positif sur leur vie quotidienne.

Voici quelques témoignages confiés lors d'entretiens téléphoniques avec des confrères formés :

- Dr Isabelle P., exerçant en Gironde : « personnellement cela apporte pas mal de choses » ; « l'outil est super » ; « c'est puissant » ; « j'ai pleuré à chaque formation » ; « ça apporte beaucoup » ; « ça adoucit l'exercice quotidien pour le patient et pour nous » ; « j'étais bluffée » ; « les patients sont scotchés » ; « c'est peut-être ce qui sauvera notre exercice ».

- Dr Jean-Marc D., exerçant en région Parisienne : « je regrette de ne pas avoir connu ça avant, c'est évident ! » ; « je recherchais quelque chose qui donnait du confort à moi et au patient sans les shooter à chaque fois » ; « je considère en dehors de l'anesthésie locale que c'est l'acte d'empathie que je peux donner le plus à mes patients » ; « si l'on sent une inquiétude, quelle qu'elle soit, on les emmène autre part » ; « si le patient est stressé, on est épuisé à la fin de l'intervention » ; « c'est bien pour les patients et aussi pour l'équipe thérapeutique » ;
- Dr Pierre P., exerçant dans le Rhône : « le rapport avec le patient est pour moi le point le plus intéressant » ; « apporter du confort au patient et au praticien » ; « forme de révélation » ; « une qualité d'exercice, un confort d'exercice » ; « être dans le relationnel » ; « ça apporte beaucoup de satisfaction » ; « on est plus des robots, on devient thérapeute dans une plus grande dimension et la profession devient alors beaucoup moins frustrante sur plusieurs plans » ; « on lui parle différemment et rien que ça change le rapport avec le patient » ; « peut-être 2 ou 3 minutes de temps mais quel confort ! » ; « c'est une grande satisfaction » ; « écouter le patient et penser qu'on n'est pas des machines ».

Ce praticien a poursuivi sa formation par un D.U. d'hypnose médicale et nous autorise à reproduire une partie de ses remerciements : « Je remercie mon confrère Bruno DELCOMBEL, auquel je dois mon initiation à l'Hypnose Ericksonienne. Précurseur contre vents et marées, il a mis tous son enthousiasme et son énergie à faire connaître et reconnaître par notre profession comme une aide majeure et indispensable ». (P. PETITBON, Hypnose au cabinet dentaire : En quête de sérénité, Mémoire D.U. Hypnose Médicale 2018)

3.2.3 Mise en pratique au cabinet (12-14;16-18)

L'hypnose est naturellement présente, cependant il existe plusieurs façons de l'utiliser quotidiennement au cabinet dentaire.

- La communication hypnotique :

C'est la base de l'hypnose et elle doit être appliquée dans toutes les situations. Il faut commencer par *écouter* et *observer* son patient afin de pouvoir adapter notre communication avec lui et connaître les principaux mécanismes de communication verbale et non verbale afin de pouvoir comprendre les messages du patient et pouvoir utiliser le même langage que lui (35). Le praticien qui observe et adapte sa communication à son patient montre envers lui de l'empathie inhabituelle, le rassure (35). L'objectif de la communication hypnotique est de se mettre « en miroir » avec le patient pour que notre message soit plus facilement interprété et oriente le patient vers une transe positive (49).

Il est donc nécessaire d'adapter notre communication non verbale (22-24) :

- Une voix lente, plus basse et monotone tend à rassurer le patient. On pourra se synchroniser sur son rythme respiratoire et parler de préférence lors de l'expiration.
- Une gestuelle corporelle calme et rassurante, en essayant de se calquer sur les gestes du patient. Il faudra également rester le plus ouvert possible à la discussion (ex. bras décroisés, mains ouvertes, regards, sourires...)

Nous devons enfin faire attention au langage verbal (mots) que nous utilisons :

Comme mentionné précédemment, notre cerveau droit n'entend pas les négations. Si l'on vous demande de ne pas penser à un éléphant rose, vous pensez directement à lui. Il faudra donc adapter notre communication en fonction et surtout éviter des phrases du type « vous n'aurez pas mal, ne vous inquiétez pas... ».

- L'hypnose conversationnelle (22;35;79) :

L'hypnose conversationnelle est simplement l'utilisation de la communication hypnotique en y ajoutant quelques suggestions ou techniques dissociatives (confusion, humour...). Elle permet une entrée un peu plus profonde en transe mais nécessite un minimum de connaissances pratiques en hypnose. En effet, il faut être capable de repérer les indices de la transe afin de pouvoir la contrôler, l'approfondir ou au contraire l'interrompre en fonction des besoins de la séance. C'est la forme la plus utilisée quotidiennement au cabinet dentaire. Elle permet une relaxation suffisante pour faciliter la majorité des soins et s'ajoute à l'anesthésie locale pour permettre une meilleure analgésie.

- L'hypnose dissociative (17-19;35;79) :

L'hypnose dissociative est une utilisation à un stade plus avancé de l'hypnose conversationnelle. En effet, il s'agit d'être capable d'induire une transe dissociative chez un patient et de pouvoir la maintenir tout au long du soin. L'objectif de cette dissociation est d'accompagner une partie du patient dans un voyage imaginaire et agréable, de son choix. Le patient est alors physiquement sur le fauteuil dentaire mais il est mentalement ailleurs. Le praticien formé sera alors capable, en suivant un protocole précis, de gérer des cas un peu plus difficiles de patients phobiques des soins dentaires (ex. traumatismes antérieurs...). Il pourra, en accord avec le patient, y associer d'autres techniques d'hypnoanalgésie pour arriver dans certains cas à remplacer complètement les anesthésiques (ex. reportage D8 du Dr DELCOMBEL). Sa mise en œuvre est simple et rapide, il suffit de suivre un protocole précis d'induction hypnotique. L'application clinique quotidienne va rapidement faire gagner en expérience et en confiance en soi le praticien et cette plus grande aisance se ressentira sur l'ensemble des soins.

- L'auto-hypnose (17-19;35;79) :

L'auto-hypnose est un outil indispensable pour les praticiens. Elle permet de se dissocier de nos émotions négatives quotidiennes afin d'éviter de sombrer dans une transe négative plus profonde. Elle nous permet également de transformer cette transe négative en une transe positive. Le but étant de ne pas impacter la prise en charge du patient suivant ou le reste de notre journée. Nous pouvons aussi l'utiliser pour nous préparer mentalement et physiquement à la venue d'un patient ou d'une séance compliquée, ou à la suite de celle-ci pour récupérer. Il faut compter 10 à 15 minutes pour les praticiens débutants en hypnose mais l'exercice peut rapidement descendre à 3 ou 4 minutes avec de l'entraînement.

L'auto-hypnose nous permet donc de traiter les microtraumatismes quotidiens que l'on peut subir au cabinet dentaire, qui sont normalement absorbés inconsciemment mais qui finissent par s'accumuler et user notre organisme, parfois jusqu'au burn-out. Ses applications ne s'arrêtent pas au cabinet dentaire et peuvent servir à nous préparer, à tous les événements stressants et importants de notre quotidien. (ex. compétition sportive, examen...)

3.3 Hypnose et dentisterie éricksonienne^(inpi) ou comment prévenir le bore-out et le burn-out

3.3.1 Prévenir le bore-out

Nous avons vu précédemment que malgré la quantité de travail à gérer au quotidien, il arrive après quelques années que le praticien se détache de son métier et de ses patients. En effet, une routine quotidienne peut s'installer et le praticien peut perdre petit à petit l'intérêt qu'il avait pour son métier. Une perte d'enthousiasme qui va alors se ressentir fortement sur la qualité des soins et également sur la relation que l'on peut créer avec notre patient.

- Apporter une dimension supplémentaire au soin (17-19 + témoignages) :

L'hypnose en apportant une dimension supplémentaire au soin peut permettre d'amener un intérêt nouveau à notre exercice. En effet, l'hypnose va changer complètement notre relation avec le patient, en permettant une prise en charge humaine plus globale.

- Imaginer un terrain de jeu infini (10;16;17;35) :

Ses utilisations étant très riches et variées, l'hypnose nous offre des possibilités d'applications multiples et un terrain de jeu infini, qui pourra redonner de l'intérêt à notre exercice quotidien.

- Retrouver une source de satisfaction professionnelle : (question 9 de mon questionnaire)

Ce nouvel intérêt pour notre exercice, associé aux retours toujours positifs des patients, est une source de satisfaction immense pour le praticien. La pratique d'une dentisterie éricksonienne est une solution pour s'accomplir professionnellement et également personnellement.

3.3.2 Prévenir le burn-out (16;17;35;83)

Nous allons voir comment la pratique de l'hypnose et d'une dentisterie éricksonienne participerait activement à la prévention du burn-out aux différents stades de la maladie. En effet, dans l'idéal le chirurgien-dentiste est reconnu et apprécié par ses proches et ses patients. Il est passionné et prend du plaisir dans chacun de ses actes. Il n'a également aucun souci financier et est complètement épanoui dans sa vie personnelle. Malheureusement, la réalité est parfois différente. C'est pourquoi l'outil hypnotique va nous permettre, chaque fois qu'il le faut, de prévenir ou de transformer ces moments de tranches négatives en tranches positives. Dans le but de faciliter la gestion de nos soucis et transformer petit à petit notre quotidien. C'est un cercle vertueux qui va se mettre en place et rendre notre quotidien plus agréable, augmentant notre sentiment de bien-être au cabinet dentaire comme à la maison.

Rappelons pour cela les différents types d'applications de l'hypnose au cabinet dentaire, leurs apports et les prérequis nécessaires à leur mise en pratique :

	Apports bénéfiques :	Pré-requis :
<i>Communication hypnotique</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilite la relation ▪ Participe au bien-être du cabinet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprendre les principes de la communication (verbale, non verbale) ▪ Ecouter et observer ▪ Avoir de l'empathie
<i>Hypnose conversationnelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévient et permet de gérer la majorité des situations stressantes au cabinet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation : Comprendre les procédés hypnotiques (transe, inductions, dissociation, suggestion...)
<i>Hypnose dissociative</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permet de résoudre des situations de stress plus complexes (ex. phobies traumatiques...) ▪ Entraîne une distorsion du temps 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation : Techniques dissociatives ▪ Expérience clinique

<i>Auto-hypnose</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apprendre à gérer ses émotions ▪ Préparation physique et mentale aux évènements stressants ▪ Apprendre à passer d'une transe négative à une transe positive 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation ▪ Exercice et entraînement quotidien
---------------------	---	---

Figure 23 : Les différentes applications possibles de l'hypnose et leurs apports au cabinet dentaire.

Dès les débuts de la mise en place d'une dentisterie éricksonienne au cabinet dentaire, nous pouvons observer des effets bénéfiques sur l'ensemble de l'équipe. Voyons maintenant à quels stades l'hypnose permet de prévenir ou même de traiter le burn-out.

	<u>Phase 1 :</u> Engagement et satisfaction	<u>Phase 2 :</u> Hyperactivité et sur-engagement	<u>Phase 3 :</u> Résistance	<u>Phase 4 :</u> Epuisement	<u>Phase 5 :</u> Effondrement physique et psychologique
<i>Communication hypnotique</i>	✓	✓	✓	✓	
<i>Hypnose conversationnelle</i>	✓	✓	✓		
<i>Hypnose dissociative</i>	✓	✓			
<i>Auto-hypnose</i>	✓	✓	✓	✓	
<i>Hypnothérapie (comme outil en psychothérapie)</i>				✓	✓

Figure 24 : Quelle hypnose utiliser pour prévenir et traiter le burn-out ?

Au quotidien, l'hypnose va nous permettre de trouver les ressources physiques et psychologiques pour surmonter les moments compliqués. L'apport de l'hypnose tant sur le plan professionnel que personnel va permettre de trouver un équilibre naturel et nous éviter de passer au stade suivant de la maladie.

L'hypnose va apporter une dimension supplémentaire aux soins, ajouter un intérêt nouveau à notre exercice, tout en nous permettant de trouver un équilibre psychologique et un confort de soins

indéniable. Il est dans notre intérêt de l'intégrer très rapidement à notre pratique quotidienne, pour le bien-être de la profession et permettre de combattre ce fléau qu'est le burn-out.

Nous finirons ce travail en vous présentant le tableau résumant la pratique d'une dentisterie éricksonienne et son intérêt à la pratiquer au cabinet dentaire :

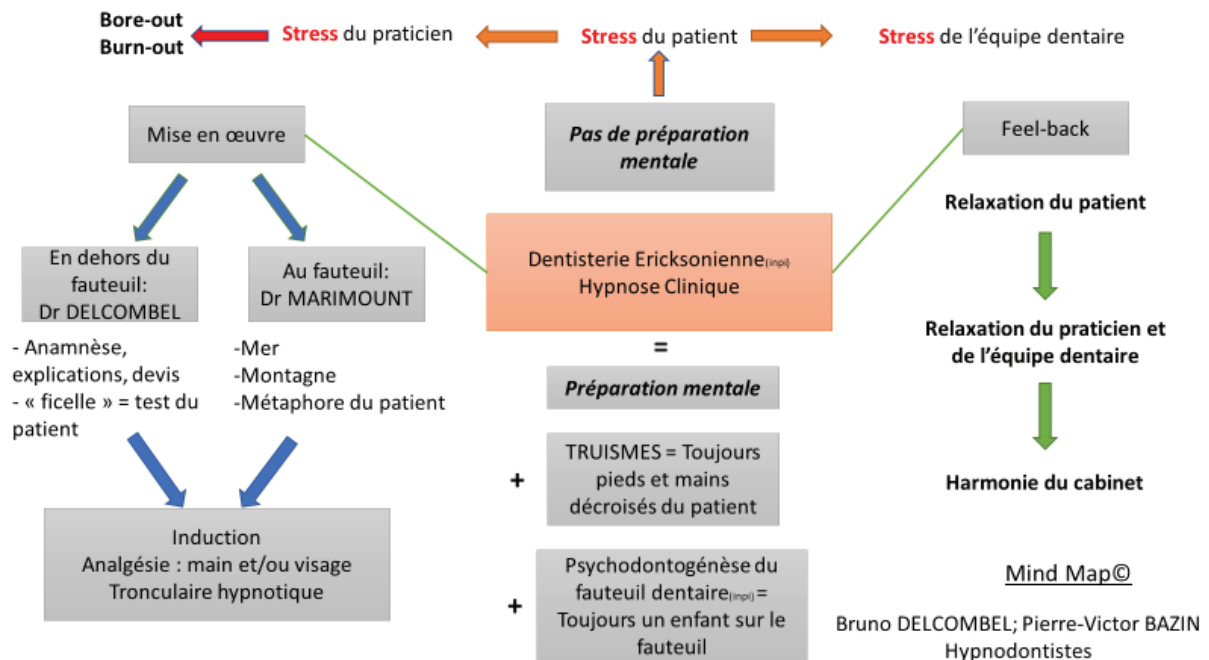


Figure 25 : Adaptation du Mind Map© du Dr. Bruno DELCOMBEL.

Pour résumer la philosophie d'une dentisterie éricksonienne, je peux citer : « La psychologie, l'hypnose et sa pratique mènent à l'altruisme. L'inconscient devenant roi au cabinet dentaire, la relaxation s'installe naturellement... », Dr. Country S. MARIMOUNT, Novembre 2001, Conférence Montréal.

Conclusion

L'évolution de notre société et de notre profession est telle qu'aujourd'hui le chirurgien-dentiste n'échappe pas à ces nouvelles « maladies professionnelles », que sont le bore-out et le burn-out.

Après quelques années d'exercice, le chirurgien-dentiste peut ressentir l'impression d'avoir fait le tour et de ne plus s'épanouir dans son travail, c'est le bore-out. Il est malheureusement encore plus touché par son grand-frère, le burn-out. En effet, nous avons pu voir les diverses raisons qui font que la profession devient de plus en plus stressante. C'est une réelle épidémie qui touche particulièrement les chirurgiens-dentistes et il est temps de trouver des solutions.

L'hypnose clinique et sa mise en pratique quotidienne est l'une des solutions efficaces pour prévenir et traiter ce genre de pathologies. En effet, nous avons pu voir tous les bénéfices offerts par l'application d'une dentisterie éricksonienne au cabinet dentaire. En plus du confort de soins pour les patients, elle met en place pour le praticien et toute son équipe, une dynamique positive, rendant l'exercice bien plus agréable. Elle permet de faciliter la gestion des événements stressants mais replace également l'humain et la relation au cœur de notre profession.

L'hypnose est un phénomène naturel, tous les praticiens doivent savoir qu'elle existe afin d'éviter les erreurs de communication, qui peuvent rapidement compliquer notre travail. En développant simplement nos sens d'observation, d'écoute et d'empathie, nous sommes déjà tous capables de comprendre et d'adapter notre communication, pour notre bien-être et celui de nos patients. C'est un exercice qui peut s'approfondir par des formations, afin d'ajouter un outil nouveau à notre arsenal thérapeutique et nous permettre de pouvoir gérer encore plus facilement tous les types de situations stressantes que nous pouvons rencontrer au quotidien.

Sa mise en pratique va nous permettre petit à petit d'entrer dans un cercle vertueux positif, qui va bouleverser notre vie professionnelle et personnelle. L'hypnose clinique et la mise en place d'une dentisterie éricksonienne au cabinet dentaire serait donc une solution pour lutter contre le bore-out et le burn-out du chirurgien-dentiste.

Ainsi, la philosophie humaniste d'une pratique dentaire éricksonienne, rend hommage au Dr. Milton H. ERICKSON ; qui nous a permis de comprendre l'importance et le rôle de l'inconscient dans notre pratique quotidienne.

Je finirais ce travail par un beau témoignage d'un chirurgien-dentiste, journaliste et écrivain parisien, le Dr. Marc R. :

« La quête du Graal ne m'a jamais quitté, mais aujourd'hui, j'ai mis la main sur cet outil ultime qui a fondamentalement bouleversé ma façon de travailler et qui plus est, a totalement modifié le regard de mes patients sur leur séance. De plus, cet outil universel s'adapte à toutes les spécialités de notre profession. Qu'il s'agisse de dentisterie opératoire, de chirurgie parodontale, implantaire, voire encore de prothèse, ou d'un simple détartrage, qui ceci dit en passant n'est jamais aussi « simple » pour le patient, j'ai découvert « the » truc génial, l'appareil indispensable en toute occasion, le « must-have » du dentiste moderne ! Je sens venir votre impatience, car tout comme moi, vous savez que le Graal est mythique... Alors que dire de plus quand je vous aurai avoué que je détiens aujourd'hui cet outil et qu'il ne m'a rien coûté, non rien, en dehors d'une formation, mais nous l'avons vu, toute nouvelle technique, tout nouvel instrument mérite un apprentissage afin de maîtriser parfaitement son utilisation ? Ah oui ! Cet outil est « Responsive Design » dans la mesure où il s'adapte autant à l'utilisateur, en l'occurrence, le praticien, qu'au patient. L'hypnose est cet outil fantastique. L'hypnose qui induit une transe chez notre patient libère celui-ci de son stress, de sa peur et diminue sa sensibilité. L'acte terminé, le patient sort du cabinet avec le sourire et un souvenir positif de sa séance. Comment ai-je pu exercer ces dernières années sans ce support clinique ? Je rentre serein après une journée de cabinet, et cela aussi n'a pas de prix. »

Bibliographie

1. Michaux D. Les sources du magnétisme: le magnétiseur psychologue ou sorcier?. *Journal de la Société Française d'Hypnose: Actes de la Journée du 27 Septembre 1986: « Du Magnétisme à l'Hypnose »* 1987, (2):39-49.
2. Michaux D. Histoire de l'Hypnose. Institut Français d'Hypnose.
<https://www.hypnose.fr/hypnose/hypnose-histoire/>
3. Barry W. Histoire de l'hypnose. La-rochelle-hypnose.com.
<http://la-rochelle-hypnose.com/histoire-de-hypnose.php>
4. Mairlot E. Histoire de l'hypnose. Institut de Nouvelle Hypnose.
<https://www.nouvellehypnose.com/index.php/hypnose/l-histoire-de-l-hypnose>
5. Vion-Dury J, Mougin G. L'expérience consciente dans les psychothérapies (II): Réflexions épistémologiques sur le phénomène hypnotique 2018.
6. Filhol E. La suggestion, hypnose, influence, transe sous la direction de Daniel Bougnoux. *Communication et langages* 1992, (91):127.
7. Andrée M. Le 500e anniversaire de Paracelse. *L'Agora* 1994, Vol. 1, Num 4.
8. Tallis F. A History of the unconscious, *Arcade Publishing New-York* 2002:22-23.
9. Bernheim H. Hypnotisme et suggestion : doctrine de la Salpêtrière et doctrine de Nancy. *Bull Psychol* 2002, 55(460):414-9.
10. Haley J. Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson. *Edition EPI* 1973:13-48.
11. Michaux D. Milton H. Erickson (1901-1980) : un personnage phare de l'hypnose. Institut Français d'Hypnose 2011. <https://www.hypnose.fr/hypnose/hypnose-ericksonienne/>
12. Sitbon H, Bioy A. L'hypnose et l'hypnothérapie aujourd'hui. *Perspectives Psy* 2005, Vol 44, Num 5:339-340.
13. Benhaïem J.M, Roustang F. L'hypnose ou les portes de la guérison. *Edition Odyl Jacob* 2012:9.
14. Bioy A. Qu'est-ce que l'Hypnose ?, Institut Français d'Hypnose 2019.
<https://www.hypnose.fr/hypnose/definition-hypnose/>
15. Michaux D. La représentation sociale de l'hypnose conséquence sur la connaissance et la pratique de l'hypnose : L'Hypnose et l'hypnothérapie aujourd'hui. *Perspect Psychiatre* 2005, 44(5):341-345.

16. Delcombel B. Hypnose es-tu là ? *Le fil dentaire* 2014.
17. Delcombel B. Hypnose clinique : Pose d'un implant éricksonien. *Le fil dentaire* 2009.
18. Benhaïem J.M. L'hypnose médicale. *Med-Line Edition* 2003:78-93.
19. Galy M. Pourquoi l'hypnose? : Du bloc opératoire à la vie quotidienne. *Sauramps Médical* 2015:29-85.
20. Josse E. Quels sont les indices d'une transe hypnotique ?. *Résilience Psy* 2013.
21. Roques M, Pourpart F, Keller P.H, Pirlot G. Enjeux relationnels inconscients dans la « relation-placebo » : les rôles du transfert, de la suggestion et de l'ambivalence. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2014, Vol 172, Issue 10:873-878.
22. Bernard F, Muselle H, Gaertner E, La communication dans le soin. Hypnose médicale et technique relationnelles. *Edition Arnette* 2013:9-39.
23. Mehrabian, A. Nonverbal Communication. *New Brunswick, NJ, Aldine Transaction* 2007.
24. Hennel-Brzozowska A. La communication non-verbale et paraverbale, perspective d'un psychologue. *Synergies Pologne* 2008, Num 5:21-30.
25. Bonaiuto M, Maricchiolo F. La comunicazione non verbale. *Roma : Carocci Editore* 2007.
26. Keller P.H. Le dialogue du corps et de l'esprit. *Edition Odile Jacob* 2006:35-41.
27. Bourion C. Le Bore-out syndrom: Quand l'ennui au travail rend fou. *Edition Albin Michel* 2015.
28. Britton A, Shipley M J. « Bored to death? ». *International Journal of Epidemiology* 2010.
29. Meda D, Vendramin P. Les générations entretiennent-elles un rapport différent au travail ?. *SociologiesS* 2010.
30. Maslach C, Leiter M. Burn-out : le syndrome d'épuisement professionnel. *Edition Les Arènes* 2011.
31. Inserm. Stress au travail et santé : Situation chez les indépendants. *Collection expertise collective* 2011:120-126.
32. Maslach C et col. Burn-out: l'épuisement professionnel. *Presses du Belvédère* 2006.
33. Olié J P, Légeron P. Le Burn-out. *Rapport à l'Académie nationale de médecine* 2016.
34. Edelwich J, Brodsky A. Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. *Ed Paperback* 1980.

35. Virot C. Hypnose et burn-out dentaire 2012.
<https://www.hypnoses.com/bibliotheque-hypnose/hypnose-burn-out-dentaire/>
36. Maslach C, Schaufeli W. Historical and conceptual development of burnout. In : Professionnal burnout : recent developments in theory and research. *Washington D.C. Taylor and Francis* 1993:1-16.
37. Floru R, Cnockaert J.C. Stress professionnel et Burnout. *Les cahiers de l'Actif* 1998, numéro 264/265:25-40.
38. Decroix-Laporte C. Burn-out. *Aedis, Collection Petit guide* 2018, Num 451.
39. Bernard B P. Musculoskeletal disorders and workplace factors. A critical review of epidemiologic evidence for workrelated musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity and low back. *Washington DC : U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC and NIOSH* 1997.
40. Yusuf S, Hawken S, Ounpou S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries. (The INTERHEART Study). A case-control study 2004, 364:937-52.
41. Légeron P. Le stress professionnel. *L'Information psychiatrique* 2008, Vol 84:809-820.
42. International Labour Organization (ILO). Stress at work. Programme on Safety and Health at Work and the Environment. *Genève Safe Work* 2002.
43. Brun J P. La santé psychologique au travail: de la definition du problems aux solutions. *IRSST Montréal: Université Laval-Québec* 2005.
44. Légeron P. Le stress au travail. *Paris : Edition Odile Jacob* 2003.
45. Rigal E, Micheau J. Le métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions : une étude qualitative. *Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, ONDPS* 2007.
46. Mer G, Aknine B. Le respect des obligations légales et règlementaires du chirurgien-dentiste, *Rev Orthop Dento Faciale* 2018, 25;52(3):235-253.
47. Ginistry J. Résultats de l'enquête relative aux maladies professionnelles dans chirurgiens-dentistes. *Ball Acad Nat le Chir Dent* 2002, 45(4):107-113.
48. Gorter R.C, Storm M.K, Te Brake J.H. and coll. Outcome of career expectancies and early professionnal burnout among newly qualified dentist. *International Dental Journal* 2007, 57(4):279-285.
49. Rizzolati G, Sinigaglia C. Les neurones miroirs. *Edition Odile Jacob, Sciences* 2008.
50. Missika P, Rahal B. Droit et chirurgie dentaire, prévention expertises et litiges. *Paris CDP* 2006.

51. Pozos Radillo B E, Tórrez López T M, Aguilera Velasco M L, Acosta Fernández M, González Perez G J. Stress-associated factors in Mexican dentists. *Braz Oral Res* 2008, 22(3):223-228.
52. Collin V, Toon M, O'Selmo E, Reynolds L, Whitehead P. A survey of stress, burnout and well-being in UK dentists. *British Dental Journal* 2019, 226(1):40-49.
53. UNECD, Le mal-être des étudiants en odontologie : Parlons-en et agissons !, *Dossier de presse* 2018. <http://unecd.com/wp-content/uploads/2018/10/Dossier-presse-bien-etre-UNECD-VF.pdf>
54. Collet M, Sicart D. Les chirurgiens-dentistes en France - situation démographique et analyse des comportements en 2006. Etudes et résultats n° 594, DREES 2007.
55. Collet M, Sicart D. La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030. Etudes et résultats n°595, DREES 2007.
56. Limieux H, Bourassa M, Blondin J.P. Effets psychologiques chez le dentiste de l'exposition au bruit des instruments utilisés en cabinet dentaire, *Journal Dentaire de Québec* 1987.
57. Appukuttan D.P. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia : littérature review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry* 2016:35-50.
58. Moore R, Brodsguard I. Dentist' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001, 29:73-80.
59. Brahm C.O, Lundgren J, Carlsson S.G, Nilsson P, Corbeil J., Hagglin C. Dentists' views on fearful patients, problems and promises. *Swed Dent Journal* 2012, 36(2):79-89.
60. Myers H.L, Myers L.B. It's difficult being a dentist : stress and health in the general dental practitioner. *British Dental Journal* 2004, Vol 197, Num 2:89-93.
61. Prinz P, Hertrich K, Hirschfelder U. and coll. 2012, Burnout, depression and depersonalisation – Psychological factors and coping strategies in dental and medical students. *GMS Z Med Ansbild*, Vol 9 (1):10-20.
62. Delbrouk M. Le burnout du soignant. Bruxelles : De boeck, Larcier 2003.
63. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Ann Médico-psychol, Rev Psychiat* 2009, 167 (6):433-428.
64. Ayers K M, Thomson W M, Newton J T and coll. Job stressors of New Zealand dentists and their copin strategies. *Occup Med (Lond)* 2009, 59(3):142-148.
65. Bourassa M. Le stress en médecine dentaire, In : Bourassa M. Dentisterie Comportamentale : Manuel de Psychologie appliquée à la médecine dentaire. France : Edition Frison-Roche 1998.
66. Binhas E. Pistes de réflexion pour exercer sereinement son activité professionnelle, *Clinic* 2004, Vol 25, Num 3.

67. Binhas E. Indépendance financière, *Clinic* 2005, Vol 26.
68. Savard G. Démographie professionnelle (2): financer autrement ? *Clinic* 2008, Vol 29.
69. ONCD, Burn out chez les chirurgiens-dentistes : Le choc. *La Lettre* 2018, Num 166.
70. Heidiri E. Fear of the dentist: what is dental phobia and dental anxiety ?, *TheConversation.com* 2019.
71. Auteur inconnu, Près de la moitié des Français ont toujours peur du dentiste, Sondage Opinion Way. *Ouest-France* 2016.
72. Auteur inconnu, L’OMS ne reconnaît pas le burn-out comme une maladie. *LeFigaro.fr* 2019.
73. Bioy A, Wood C. Hypnosis, pain and palliative care, *Médecine Palliative : Soins de Support – Accompagnement – Ethique* 2013, Vol 12 (3):131-135.
74. Benhaïem J.M. Le choix de l’hypnose pour soulager la douleur. *La Douleur, des recommandations à la pratique* 2009, Num 7:1-12.
75. Schaerlaekens M. Hypnose et odontologie : l’eau et le feu. *Rev Belge Med Dent* 2003, Vol 2:118-125.
76. Eitner S, Schultze-Mosgán S, Heckmann J and coll. Changes in neurophysiology parameters in a patient with dental anxiety by hypnosis during surgical treatment. *J Oral Rehabil* 2006, 33(7):496-500.
77. Jugé C, Tubert-Jeannin S. Effets de l’hypnose lors des soins dentaires. *La Presse médicale* 2013, Vol 42, Issue 4, Part 1:114-124.
78. Smaga D, Cheseaux N, Forster A, Colombo S., Rentsch D, de Tonnac N. L’hypnose et les troubles anxieux. *Rev Med Suisse* 2010:330-333.
79. Bioy A. Hypnose et douleur : connaissances actuelles et perspectives. *Rev Med Suisse* 2012.
80. Al Absi M, Rokke P D. Can anxiety help us tolerate pain?. *Pain* 1991, 46:43–51.
81. Vlaeyen J W S, Crombez G. La psychologie de la peur et de la douleur. *Revue du Rhumatisme* 2009, Vol 76:511-516.
82. Virot C, Bernard F. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. *Arnette* 2010.
83. Barbarit-Zimmer C. Burn-out au cabinet : l’hypnose peut-elle y remédier ?. *Dental Espace* 2016. <https://www.dentalespace.com/praticien/blog/le-burn-out-au-cabinet-hypnose-peut-elle-y-remedier/>

84. Moreno M. Négociations conventionnelles : grève des étudiants en chirurgie-dentaire, Communiqué de presse AECDL 2017.

85. FSDL. La FSDL suspend sa participation aux négociations conventionnelles du 06/01/2017 suite aux nouvelles propositions de l'UNCAM, toujours, inacceptables. Communiqué de presse FSDL 2017. <https://www.fSDL.fr/la-fSDL-suspend-sa-participation-aux-negociations/>

86. Auteur inconnu. Une convention qui oriente la prise en charge et la rémunération des soins dentaires. Ameli.fr 2018. <https://www.ameli.fr/rhone/chirurgien-dentiste/textes-reference/convention/convention-nationale-2018-2023>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD-LYON I

U.F.R. D'ODONTOLOGIE

Année 2019

THESE N° 2019 LYO 1D 079

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement le : 21 novembre 2019

par

Pierre-Victor BAZIN

Né le 19 juin 1994, à LYON (69)

Hypnose clinique et dentisterie éricksonienne^(inpi)

VS

Bore-out et Burn-out

JURY

Monsieur le Professeur JEAN-CHRISTOPHE MAURIN

Président

Monsieur le Professeur CYRIL VILLAT

Assesseur

Monsieur le Docteur CHRISTOPHE JEANNIN

Assesseur

Madame la Docteure JULIE SANTAMARIA

Assesseur

Monsieur le Docteur BRUNO DELCOMBEL

Invité

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	M. le Professeur F. FLEURY
Président du Conseil Académique	M. le Professeur H. BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	M. le Professeur D. REVEL
Vice-Président de la Commission Recherche du Conseil Académique	M. F. VALLEE
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	Directeur : Mme la Professeure C. BURILLON
Faculté d'Odontologie	Directrice : Mme la Professeure D. SEUX
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques VINCIGUERRA	Directrice : Mme la Professeure C.
Institut des Sciences et Techniques de la Réadaptation Conférences	Directeur : M. X. PERROT, Maître de
Département de Formation et Centre de Recherche en Biologie Humaine	Directrice : Mme la Professeure A.M. SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Faculté des Sciences et Technologies Conférences Conférences	Directeur : M. F. DE MARCHI, Maître de
UFR des Sciences et Techniques des Activités Agrégé Physiques et Sportives	Directeur : M. Y. VANPOULLE, Professeur
Institut Universitaire de Technologie Lyon 1	Directeur : M. le Professeur C. VITON
Ecole Polytechnique Universitaire de l'Université Lyon 1	Directeur : M. E. PERRIN
Institut de Science Financière et d'Assurances Conférences	Directeur : M. N. LEBOISNE, Maître de
Ecole Supérieure du Professorat et de l'Education	Directeur : M. le Professeur A. MOUGNIOTTE
Observatoire de Lyon	Directrice : Mme la Professeure I. DANIEL
Ecole Supérieure de Chimie Physique Electronique	Directeur : M. G. PIGNAULT

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 : Odontologie pédiatrique et Orthopédie Dento-Faciale

Professeur des Universités M. Jean-Jacques MORRIER

Maître de Conférences M. Jean-Pierre DUPREZ

Mme Sarah GEBEILE-CHAUTY,

Mme Claire PERNIER

Maître de Conférences Associée Mme Christine KHOURY

Sous-section 56-02 : Prévention - Epidémiologie

Economie de la Santé - Odontologie Légale

Professeur des Universités M. Denis BOURGEOIS

Maître de Conférences M. Bruno COMTE

Maître de Conférences Associé M. Laurent LAFOREST

Sous-section 57-01 : Chirurgie orale – Parodontologie – Biologie orale

Professeur des Universités : M. J. Christophe FARGES

Maîtres de Conférences : Mme Anne-Gaëlle CHAUX-BODARD

M. Thomas FORTIN

Mme Kerstin GRITSCH

M. Arnaud LAFON

Mme Béatrice THIVICHON-PRINCE

M. François VIRARD

Sous-section 58-01 :

**Dentisterie restauratrice, Endodontie, Prothèse,
Fonction-dysfonction, Imagerie, Biomatériaux**

Professeurs des Universités :

M. Pierre FARGE

Mme Brigitte GROSGOGEAT

M. Jean-Christophe MAURIN

Mme Catherine MILLET

M. Olivier ROBIN

Mme Dominique SEUX

Maîtres de Conférences :

M. Maxime DUCRET

M. Patrick EXBRAYAT

M. Christophe JEANNIN

M. Renaud NOHARET

M. Thierry SELLI

Mme Sophie VEYRE-GOULET

M. Stéphane VIENNOT

M. Gilbert VIGUIE

M. Cyril VILLAT

Maîtres de Conférences Associés :

M. Hazem ABOUELLEIL

SECTION 87 :

Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maître de Conférences

Mme Florence CARROUEL

Table des matières

Introduction.....	15
1. L'hypnose, concept actuel.....	17
1.1 Bref rappel historique	17
1.1.1 Les premières traces.....	17
1.1.2 L'apparition du magnétisme et de la suggestion	17
1.1.3 L'arrivée de MESMER en France	17
1.1.4 La naissance du mot « hypnose » au début du XIX ^{ème} siècle.....	18
1.1.5 Des premières applications à la création des écoles françaises.....	18
1.1.6 Milton H. ERICKSON et les débuts de l'hypnose clinique	20
1.2 La transe	21
1.2.1 Métaphore du cerveau du Dr. Bruno DELCOMBEL.....	21
1.2.2 Transe naturelle, positive ou négative (35).....	22
1.2.3 La micro-dynamique de la transe.....	23
1.2.4 Les indices de la transe.....	25
1.3 Dentisterie éricksonienne(inpi)	27
1.3.1 L'hypnose éricksonienne au cabinet	27
1.3.2 Place de la communication dans le soin et hypnose conversationnelle.....	27
1.3.3 Psychodontogénèse du fauteuil dentaire©	29
2. Bore-out et Burn-out, syndromes contemporains.....	30
2.1 Bore-out syndrome	30
2.1.1 Définition (27).....	30
2.1.2 Les conséquences du bore-out.....	30
2.1.3 Les solutions (27).....	31
2.2 Burn-out syndrome	32
2.2.1 Définition	32
2.2.2 Symptômes du burn-out	33
2.2.3 Les solutions (41).....	35
2.3 Le stress du chirurgien-dentiste	36
2.3.1 Évolutions de l'exercice de la dentisterie ces dernières années (45)	36
2.3.2 Les facteurs de stress chez le chirurgien-dentiste	38
2.3.3 Bore-out du chirurgien-dentiste.....	41
2.3.4 Burn-out du chirurgien-dentiste	41
3. L'hypnose au service du patient et surtout du praticien	43

3.1	Etude sur l'apport de l'hypnose chez les praticiens formés	43
3.1.1	Présentation de l'étude	43
3.1.2	Résultats	43
3.2	L'outil hypnotique, un confort au cabinet dentaire	49
3.2.1	Au service du praticien pour une meilleure prise en charge des patients.....	49
3.2.2	Témoignages de praticiens.....	50
3.2.3	Mise en pratique au cabinet (12-14;16-18).....	51
3.3	Hypnose et dentisterie éricksonienne(inpi) ou comment prévenir le bore-out et le burn-out 53	
3.3.1	Prévenir le bore-out	53
3.3.2	Prévenir le burn-out (16;17;35;83)	54
	Conclusion	57
	Bibliographie	59

Introduction

La société actuelle est de plus en plus perfectionniste et le marché du travail est de plus en plus compétitif. Ces phénomènes sont en partie responsables d'une forte augmentation du stress au travail. Le rythme et la charge de travail ne cessent de croître, notamment du fait de la concurrence. Une pression énorme est infligée aux employés et aux dirigeants, surtout s'ils veulent se démarquer et être les meilleurs. Cette situation a des répercussions sur leur vie personnelle, entraînant une augmentation constante du nombre de « burn-out ».

Le burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel est devenu aujourd'hui un phénomène de santé publique. Il s'agit d'une grande fatigue physique et mentale liée aux conditions de travail. Cette maladie qui est apparue dans les années 60 est en perpétuelle augmentation et touche toutes les catégories socio-professionnelles. Les ressentis sont variables, allant d'un simple mal être au quotidien, jusqu'à entraîner, chez certaines personnes des pensées suicidaires. C'est un véritable fléau qui doit rapidement être pris en considération.

Parallèlement, apparaît le « bore-out » ou syndrome d'épuisement professionnel par l'ennui, qui peut être considéré comme un symptôme annonciateur de burn-out. Il s'agit là, d'une forme d'insatisfaction au travail résultant d'un manque d'accomplissement et d'épanouissement professionnel entraînant souvent chez les personnes atteintes une perte d'estime de soi.

Ces deux pathologies ont aussi des conséquences médicales graves sur la santé telles que l'augmentation des maladies cardiovasculaires, l'apparition de problèmes musculosquelettiques, la dépression... C'est pourquoi, il est temps de s'en préoccuper. La profession de chirurgien-dentiste n'échappe pas à la règle et est, elle aussi, touchée par ces phénomènes. Plus d'un chirurgien-dentiste sur trois serait atteint d'épuisement professionnel.

En effet, en plus des soins pratiqués au quotidien, le chirurgien-dentiste doit faire face à la lourdeur des tâches administratives de gestion de son cabinet, qui sont en augmentation constante ces dernières années. Cette accumulation du temps de travail aggrave la fatigue professionnelle et impacte la vie personnelle des praticiens.

Parallèlement, nous observons depuis quelques années, le développement de l'hypnose clinique dans le monde médical français. Dans le domaine de la chirurgie-dentaire, de nombreuses formations sont aujourd'hui proposées et de plus en plus de praticiens s'y intéressent. L'hypnose, phénomène naturel, était déjà là mais l'outil hypnotique était non connu et non utilisé.

Nous pouvons nous demander quels sont les apports de l'hypnose pour le chirurgien-dentiste, et si sa mise en pratique au cabinet dentaire serait une solution pour lutter contre ces deux problèmes ?

Dans une première partie, nous aborderons les concepts actuels de l'hypnose moderne et de la dentisterie éricksonienne^(inpi). Puis, nous évoquerons le bore-out et le burn-out auxquels le chirurgien-dentiste peut être confronté. Enfin, nous finirons en mettant en avant les différents apports de la pratique quotidienne de l'hypnose au cabinet dentaire. Son emploi devenant désormais incontournable.

1. L'hypnose, concept actuel

1.1 Bref rappel historique

1.1.1 Les premières traces

L'hypnose est un phénomène naturel qui a toujours existé, au-delà des siècles et des continents. En effet, les premières traces de l'utilisation de l'hypnose remontent en Mésopotamie, il y a 6000 ans. Les Sumériens (peuple de Mésopotamie) pratiquaient déjà l'accompagnement en paroles et un manuscrit cunéiforme datant de cette période, qui décrit des guérisons obtenues grâce à la parole, a été découvert (1-3).

Tout au long de l'histoire et dans le monde entier, le pouvoir de la suggestion est utilisé au travers de rites sorciers ou chamaniques. Il est également utilisé par des « médecins » ou religieux pour guérir des malades, jusqu'au Moyen-âge (1;4;5).

1.1.2 L'apparition du magnétisme et de la suggestion

C'est au XV^{ème} siècle que l'alchimiste Suisse PARACELSE évoque le « magnétisme » pour la première fois. C'est pour lui un fluide naturel et physiologique. Il est également le premier à parler de l'influence des planètes sur le corps humain et à relier psyché, corps et âmes (6).

Au XVI^{ème} siècle, Gérolamo CARDANO, savant et médecin italien, découvre et défend l'action thérapeutique de la « suggestion » (5).

Enfin, c'est au XVII^{ème} siècle, qu'un père Jésuite Athanase KIRCHER expérimente le magnétisme. Ce sont les résultats de ses études sur le « magnétisme animal » qui seront reprises et confortées des années plus tard, en 1773, par le Dr. Franz-Anton MESMER. On peut le considérer comme le père de l'hypnose et de la psychologie moderne (1;4;5).

Comme a dit le docteur Jean GODIN quelques années plus tard : « L'hypnose c'est de la psychologie ».

1.1.3 L'arrivée de MESMER en France

C'est l'arrivée du médecin viennois Franz-Anton MESMER, en 1778 à Paris, qui marque le début d'une nouvelle ère pour l'hypnose. Il parle d'une énergie, appelée « fluide », pouvant être concentrée et redistribuée de façon thérapeutique par le magnétiseur. En effet, à l'époque, la maladie était conçue comme un blocage du corps à la circulation du fluide. Le retour à la santé supposait alors la levée de ce ou de ces blocages (1-6).

L'utilisation des mots « fluides » et « magnétisme » pour parler d'hypnose continuera après la révolution et pendant une bonne partie du XIX^{ème} siècle.

Mais, l'hypnose dérange souvent les schémas habituels de pensées et d'analyses de l'époque, ce qui est à l'origine de nombreuses résistances. Pour la première fois dans l'histoire de la médecine occidentale, des médecins vont chercher à provoquer et à utiliser des pratiques autrefois interprétées comme surnaturelles. En effet, le magnétisme intéresse de plus en plus les Français et en l'absence de moyens d'anesthésie efficace, l'hypnose devient une solution pour de nombreux médecins, comme en témoigne l'historien J. P. PETER. Cet engouement inquiète les autorités médicales et deux commissions seront nommées par le roi Louis XVI pour expertiser cette pratique. Après examen, elles contesteront la réalité physique du fluide tout en reconnaissant, malgré tout, la réalité des effets thérapeutiques observés.

Sans preuves scientifiques de l'existence du fluide, le roi interdira donc la pratique du magnétisme aux médecins en 1784, soit 5 ans après l'arrivée de MESMER en France (1-6).

1.1.4 La naissance du mot « hypnose » au début du XIX^{ème} siècle

Les premières expressions « hypnologie », « hypnologique » ou « hypnotique » apparaissent dans les dictionnaires dès 1809 (Dictionnaire étymologique des mots français tirés du Grec de M. MORIN et Dictionnaire universel de BOISTE). Cependant, le terme « hypnotique » est reconnu par l'Académie Française en 1814 (Dictionnaire de l'Académie Française). Les autres termes « hypnotisme », « hypnose », etc... sont proposés quelques années plus tard, vers 1820.

Dans les années 1840, le médecin écossais James BRAID marque la transition entre le magnétisme animal et l'hypnose. Il explique alors l'hypnose de manière différente, ce qui lui permet d'être plus facilement accepté dans le milieu médical (1;4). Mais, nous pouvons considérer que jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, les mots « magnétisme » et « hypnotisme » sont pratiquement synonymes.

1.1.5 Des premières applications à la création des écoles françaises

En chirurgie, les premiers usages de l'hypnose datent de 1830. CLOQUET et ELLIOTSON (deux médecins britanniques) ont pratiqué des interventions sous hypnose et James ESDAILE (chirurgien écossais) a opéré plus de 300 patients en utilisant le « magnétisme » (1845 à 1851) (7).

C'est à la fin du XIX^{ème} siècle que l'hypnose thérapeutique fait réellement son apparition en France, avec le médecin Hippolyte BERNHEIM, qui montre le pouvoir de la suggestion et prouve que l'hypnose est un phénomène naturel et physiologique. Cela a été rendu possible grâce à l'exercice et l'inventivité du Dr. Ambroise-Auguste LIEBAULT, que Hippolyte BERNHEIM a pu étudier et observer dans sa pratique quotidienne durant de nombreuses années. Il crée alors, avec l'aide d'un juriste et deux médecins,

l'École de Nancy. Pour BERNHEIM, « toute idée suggérée tend à se faire acte », « il n'y a pas d'hypnotisme, il n'y a que de la suggestibilité » (4;5;8;9).



Figure 1-Photo de H. BERNHEIM à l'École de Nancy.

En parallèle, à l'hôpital de la Salpêtrière à Paris naît l'École Parisienne. Le neurologue Jean-Martin CHARCOT étudie la relation entre hypnose et hystérie. Nous trouvons à ses côtés beaucoup de futurs médecins et philosophes renommés, comme par exemple FREUD, qui étudie la relation hypnose/psychanalyse et élabore ici sa théorie du transfert (étudiant les forces dynamiques qui sont en jeu lors de la relation médecin-patient) (4;5;8;9).



Figure 2- « Une leçon clinique à la Salpêtrière », tableau d'André Brouillet en 1887. Il représente Jean-Martin CHARCOT en plein cours sur l'hystérie.

Le problème est que pour l'école parisienne, « un individu hypnotisable est souvent un hystérique ». Or selon BERNHEIM, tout individu serait hypnotisable. Cela fait polémique et la rivalité naît entre les deux écoles. Très vite, les concepts de CHARCOT sont rejetés, notamment grâce au triomphe de l'École de

Nancy (BERNHEIM), qui a pu démontrer que le fait d'être traité par l'hypnose est une capacité naturelle. Certains chercheurs modernes ont même mis en évidence que plus la personnalité est normale, plus le sujet est hypnotisable, constat qui s'oppose complètement à l'hypothèse pathologique de CHARCOT (4;5;8;9). Malheureusement, à la fin du XIX^{ème} siècle, la pratique de l'hypnose médicale s'efface peu à peu avec le développement des anesthésiques.

1.1.6 Milton H. ERICKSON et les débuts de l'hypnose clinique

En Europe, lors de la première moitié du XX^{ème} siècle, l'hypnose reste seulement entre les mains d'ainsi nommés « charlatans » et d'hypnotiseurs de spectacles.

C'est aux Etats-Unis que vit celui qui va révolutionner la pratique de l'hypnose et son application médicale. En effet, le célèbre psychiatre américain Milton H. ERICKSON (1901-1980) reprend et approfondit avec une approche clinique les recherches de MESMER sur le magnétisme. Il développe l'hypnose médicale et la met au centre de ses traitements de psychothérapie. Il décrit des techniques simples de suggestion lors de conversations avec ses patients ou leur mise dans des états de trances profondes. Il faut noter qu'aux Etats-Unis, le terme « hypnotiser » se traduit toujours par « to mesmerize », en référence au Dr. Franz-Anton MESMER (10;11).

En 1955, l'hypnose est enfin reconnue par la British Medical Association puis 3 ans plus tard par l'American Medical Association. En effet, grâce aux évolutions du monde de l'imagerie médicale, des recherches plus concrètes ont pu débiter sur l'hypnose et démontrer que l'état hypnotique est bien un état spécifique entre conscience et inconscience, se rapprochant du rêve. À la suite de ces découvertes, l'hypnose retrouve peu à peu sa place dans le milieu médical et de nombreuses écoles vont ouvrir dans le monde entier. C'est le début de l'hypnose clinique et particulièrement de l'hypnose éricksonienne. Elle est importée et diffusée en France par le Dr. Jean GODIN, sous le nom de « nouvelle hypnose », qui a proposé les premières formations en Europe dès 1985 (5;9-11).

Aux Etats-Unis et au Canada, l'hypnose est enseignée dans les facultés d'Odontologie depuis les années 80. En Europe, les pays nordiques ainsi que la Belgique intègrent cette discipline au cursus universitaire. Malheureusement, en France, cet enseignement commence timidement dans certaines facultés, seulement depuis quelques années.

Le premier diplôme universitaire d'hypnose médicale est créé à la Pitié-Salpêtrière (Université Paris VI) par le Dr. J. M. BENHAEIM en 2001 (13). Il marque la reconnaissance de l'hypnose par les institutions médicales françaises.

1.2 La transe

L'hypnose en tant que science serait basée sur l'étude des différents niveaux de conscience, en état de concentration et de relaxation, où l'inconscient prendrait le dessus sur le conscient.

1.2.1 Métaphore du cerveau du Dr. Bruno DELCOMBEL

L'état hypnotique est en réalité un phénomène naturel que l'on peut observer lors de nos activités quotidiennes. Dans le métro, en lisant un livre, au cinéma... Dès lors que nos pensées sont focalisées sur une chose en particulier, que l'on ressent des émotions « imaginaires » et que le temps paraît s'écouler plus rapidement, nous sommes dans des états de trances hypnotiques sans le savoir. Les médias, les publicitaires et les politiciens l'ont bien compris et utilisent le pouvoir hypnotique des écrans depuis longtemps (14;15).

Cet état peut se résumer en un Etat Modifié de Conscience (EMC), qui peut être plus ou moins stabilisé. En effet, le cerveau oscillerait entre le conscient (cerveau gauche) et l'inconscient (cerveau droit) selon cette métaphore (16;17).

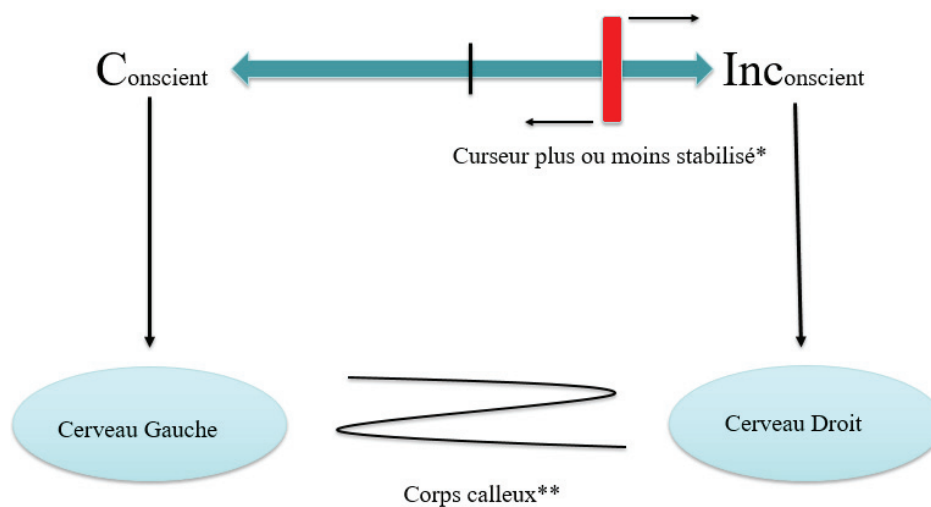


Figure 3 : Adaptation du schéma de la métaphore du cerveau du Dr. DELCOMBEL. (16;17)

*On parle alors d'EMC, de transe ou simplement d'hypnose.

**Il fait le lien entre les deux cerveaux et est inconsciemment représenté par les pieds et mains liés au fauteuil. C'est une « autoroute » de l'information.

Cerveau gauche	Cerveau droit
- Eveil	- Transe
- Verbal	- Non verbal
- Logico-grammatical	- Visio-spatial
- Rationnel	- Intuitif
- Concret	- Abstrait
- Analytique	- Synthétique
- Dirigé	- Spontané
- Focalisé	- Diffus/flou
- Tension	- Confort
- Blocage	- Ouverture
- Critique	- Universel

Figure 4 : Métaphore cerveau Gauche et cerveau Droit. (16;17)

Le psychiatre Claude VIROT explique lui qu'il y a deux types de conscience. La conscience critique quand le curseur se trouve côté gauche, qu'il appelle « conscience rationnelle » ou la transe lorsque le curseur se retrouve côté droit, du côté de la « conscience imaginaire » (35). Nous pouvons considérer, pour la suite que, les cerveaux gauche/droit du Dr. DELCOMBEL et les consciences rationnelles/imaginaires du Dr. VIROT représentent la même chose.

Pour le Dr. DELCOMBEL, il faudrait soigner uniquement des patients en mode cerveaux droits au cabinet dentaire pour éviter de se fatiguer car le cerveau gauche est, source de résistance. C'est pourquoi, il utilise des truismes pour faire accepter aux patients de lâcher prise, de décroiser les mains et les pieds, ayant pour objectif de faire basculer le curseur du côté inconscient ou imaginaire.

Exemples de truismes systématiquement utilisés par le Dr. DELCOMBEL : « Vous allez décroiser les pieds pour une meilleure circulation » puis « Vous allez également décroiser les mains pour une meilleure respiration », ils permettent déjà une première induction hypnotique et sont la base de la dentisterie éricksonienne (16;17). De plus, c'est le niveau où se situe le curseur entre les deux qui définirait la profondeur de la transe dans laquelle nous sommes. Ex : transe légère quotidienne (dans le métro, en voiture...), transe moyenne (chez le dentiste...), transe profonde (lors de thérapies...).

1.2.2 Transe naturelle, positive ou négative (35)

La transe hypnotique peut être positive ou négative. En effet, en transe, c'est l'imaginaire qui prédomine et ce mode de fonctionnement du cerveau peut être très positif et agréable ou très négatif et douloureux.

En transe positive, notre cerveau est orienté vers des pensées agréables et nous pourrions ressentir des émotions de plaisir et de confort (ex. soleil d'été sur la plage, fraîcheur de l'eau...). Cette orientation mentale positive s'accompagne d'un fonctionnement physique agréable : respiration lente et profonde, relaxation générale...

En transe négative, nos pensées sont désagréables et les émotions éprouvées se rapprochent plus de la peur, de l'angoisse et du stress. Ce fonctionnement mental négatif s'accompagne également de signes physiques inconfortables : tension musculaire, augmentation du rythme cardiaque, douleurs, sueurs...

Selon le docteur C. VIROT, nous oscillerions constamment entre des phases de transe positive, de conscience critique ou de transe négative. Les phases de transe positive se produisent lorsque tout va bien et que l'on est relaxés. Mais lorsqu'un problème se pose à nous, c'est la conscience critique qui nous permet de faire des choix afin de le résoudre. Nous pouvons également entrer en transe négative, ce qui aura tendance à nous faire amplifier le problème.

1.2.3 La micro-dynamique de la transe

L'état hypnotique est un phénomène complexe divisé en 4 phases : l'induction, la dissociation, la suggestion et le réveil. Chacune de ces phases indissociables et indispensables est à prendre en compte lors d'une séance d'hypnose. L'hypnose sera, dès lors, considérée comme un outil.

- *L'induction hypnotique*

Il s'agit d'une période de concentration sensorielle et émotionnelle induite à l'aide des suggestions de l'hypnothérapeute. En effet, c'est la suggestion d'images et de sensations qui va permettre au patient de focaliser ses pensées et permettre sa dissociation (conscient/inconscient, corps/esprit). L'induction va permettre au sujet un retrait sur lui-même, la réorientation de son attention sur ses sensations intérieures (pensées, imaginaires) et moins sur ses sensations extérieures (18).

Dans cette première phase, il est demandé au patient de se focaliser sur une perception précise d'un souvenir agréable (des images, des sons, des odeurs, des sensations...) et sur la voix du thérapeute. En se concentrant sur ses perceptions intérieures, il fait abstraction de nombreux éléments extérieurs. Cette phase est également appelée « l'isolation sensorielle », la « fascination » ou encore la « dissociation » (18).

Diagramme 1 : étapes d'une séance d'hypnose

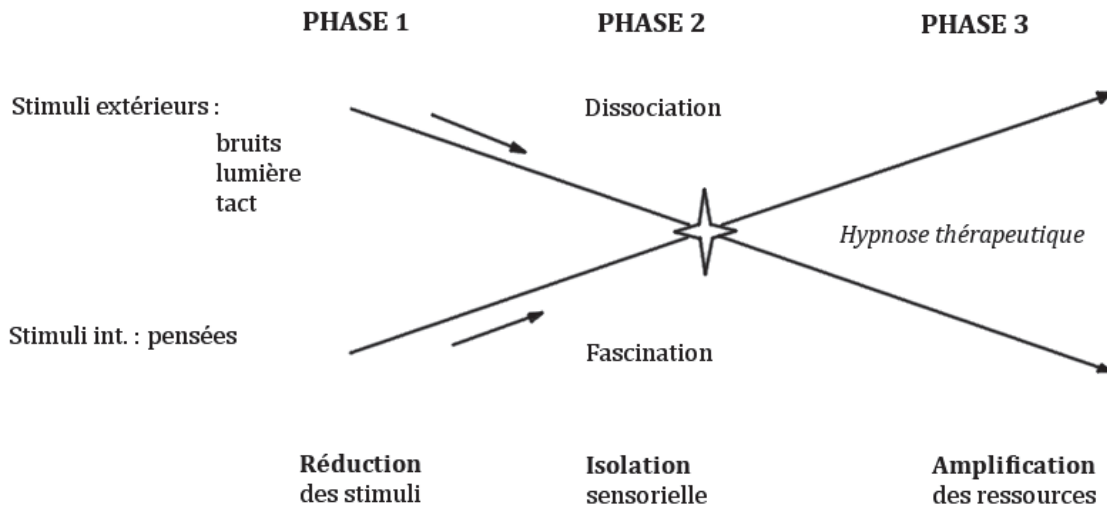


Figure 5 : Phases d'une séance d'hypnose selon J. M. BERNHEIM dans son livre « L'hypnose médicale » (18)

▪ La dissociation

La dissociation est le résultat de l'induction. Elle correspond à une modification du fonctionnement de la conscience d'un sujet. Il existe plusieurs types de dissociation. Durant cette phase, le sujet peut avoir la sensation que son corps ne lui appartient plus. Il est en effet dissocié de celui-ci car plongé dans son inconscient et ressent des sensations imaginaires ; c'est la dissociation corps/esprit (18).

Le sujet est très attentif, il fixe ce qui lui est proposé et écoute le thérapeute, faisant abstraction de ce qui l'entoure. Cet état de concentration favorisera les suggestions thérapeutiques proposées ensuite par l'hypnothérapeute. La dissociation conscience/inconscience s'accompagne souvent d'une variation positive du seuil de la douleur. Cette variation peut permettre la réalisation de certains actes chirurgicaux dans de meilleures conditions (18;19).

D'autres signes de dissociation peuvent être visibles comme la lévitation (volonté et motricité volontaire) ou la catalepsie (volonté et motricité provoquée) qui permettent au patient de maintenir longtemps une position et donc peuvent faciliter les soins (18;19).

▪ La phase de suggestion thérapeutique

Il s'agit d'une phase d'ouverture, une fois que le patient est complètement dissocié et particulièrement concentré sur la voix du thérapeute. Il est amené à imaginer d'autres types de fonctionnements, via différents exercices.

Le choix des exercices est infini. Il fait appel aux ressources personnelles du patient, avec l'aide du thérapeute et sont mis en place dans le but de résoudre la problématique posée. Les problèmes rencontrés peuvent être par exemple l'anxiété du soin dentaire, la peur de l'anesthésie ou encore plus profondément la phobie du chirurgien-dentiste (6;10;11;13;18).

Contrairement à la phase d'induction qui peut être généralisée, la phase de suggestion est adaptée à chaque patient et à chaque situation (10;11;18).

Différents types de suggestions possibles :

- La relaxation musculaire.
- La suggestion directe d'analgésie.
- La suggestion indirecte d'analgésie.
- Le déplacement de la douleur.
- La distorsion du temps.
- La distorsion perceptuelle et la création d'un monde imaginaire.
- La suggestion de sensations agréables.
- L'amnésie hypnotique.
- La régression en âge.
- D'autres types de suggestions post-hypnotiques (ex. bonne cicatrisation suite à une extraction).

▪ *Le réveil* (16-18)

Cette étape appelée également recadrage, met un terme à la séance. Au cours de celle-ci, l'hypnothérapeute suggère à son patient de reprendre doucement conscience et de retrouver son état de perception habituel.

Pour recadrer un patient sous hypnose, il suffit de lui poser des questions simples comme par exemple « Comment êtes-vous venu au cabinet ? » ou le laisser patienter en salle d'attente en lui proposant de lire un livre et lui laisser le temps de reprendre conscience tranquillement.

1.2.4 Les indices de la transe

Un sujet en état de transe hypnotique nous le montre de différentes façons. Des indices physiques et psychologiques peuvent attester que le sujet est bien en état de transe. Ces indices sont variables d'un individu à un autre ou d'une séance à l'autre. Cette liste n'est donc pas exhaustive (20).

Selon Evelyne JOSSE (psychologue-psychothérapeute) (20) :

- La suggestibilité (faculté d'accepter une idée suggérée par l'hypnothérapeute).
- Le littéralisme (le patient répond au sens littéral aux questions qui lui sont posées).
- La dissociation (détachement du patient de son environnement extérieur, conscient).
- L'hallucination (le patient peut ressentir des sensations imaginaires).
- La catalepsie (suspension complète du mouvement volontaire des muscles).
- La lévitation du bras (le bras du patient se lève automatiquement et reste suspendu en catalepsie sans intervention volontaire de sa part).
- Les mouvements idéomoteurs (mouvements involontaires souvent saccadés des paupières ou des doigts).
- La relaxation (fonction respiratoire, déglutition, élocution sont ralenties et relaxation musculaire).
- Le somnambulisme (mouvements en relations avec la scène vécue pendant la transe).
- Les altérations sensorielles (sensations de chaleur ou de fraîcheur, engourdissement, légèreté ou encore diminution du seuil de la douleur).
- La distorsion temporelle (modification de perception de la durée de la séance).
- L'amnésie post-hypnotique (le patient peut oublier en partie ou complètement ce qui s'est passé pendant la séance).
- L'hypermnésie (le patient est capable de retrouver des souvenirs oubliés).
- Le larmoiement (écoulement de larmes).
- La difficulté d'élocution (le patient peut avoir du mal à parler).

Chacun de ces signes peut avoir une dimension thérapeutique différente en fonction du patient et du type de problème abordé lors de la séance.

1.3 Dentisterie éricksonienne^(inpi)

1.3.1 L'hypnose éricksonienne au cabinet

Selon le Dr. Milton H. ERICKSON (1901-1980), il y aurait autant d'hypnoses que de patients (10). En effet, l'hypnose permettrait de faire le lien entre conscient et inconscient pour les faire travailler ensemble afin de déclencher les changements nécessaires à la résolution de certaines problématiques. De plus, l'état hypnotique étant un état de concentration profonde, il est évident que chaque personne sera plus ou moins réceptive et pourra maintenir un état de transe profonde plus ou moins longtemps, même malgré les efforts de l'hypnothérapeute. En effet, sans la valeur ajoutée des deux protagonistes, l'hypnose clinique ne peut exister (10;11).

La dentisterie éricksonienne est « simplement » la philosophie de la pensée éricksonienne, appliquée à l'exercice de l'art dentaire, où les ressources de l'inconscient sont utilisées avec respect et bienveillance, au service du chirurgien-dentiste et de son patient. Ce mouvement a été initié par le Dr Bruno DELCOMBEL, dans le but d'une approche systématique. L'intérêt de cette technique, c'est qu'elle est reproductible et universelle, on pourra l'appliquer dans tous les cabinets dentaires.

1.3.2 Place de la communication dans le soin et hypnose conversationnelle

A la suite de ses études, Albert MEHRABIAN crée la « règle des 3V » en 1967 (23). Celle-ci nous montre que :

- 7% de la communication est Verbale et passe par la signification des mots.
- 38 % est Vocale, passe par l'intonation et le son de la voix.
- 55 % est Visuelle, passe par le visage et le langage corporel.

Nous observons donc que 93% de notre communication est non verbale, ce qui signifie que notre inconscient comprend bien plus que les mots. Marino BONAIUTO, en 2007, a approfondi ce sujet et décrit différents aspects du non verbale (25).

- *L'aspect extérieur* : formation physique, silhouette, vêtement.
- *Le comportement spatial* : distance interpersonnelle, contact corporel, orientation dans l'espace, parfum.
- *Le comportement cinétique* : mouvements du tronc et des jambes, gestes des mains, mouvements de la tête.
- *Le visage* : regard et contact visuel, expression du visage.
- *Les signes vocaux* : verbaux, dotés de signification paraverbale, signes vocaux non verbaux, silences.

Tous ces signes sont à prendre en compte pour adapter notre communication au patient et créer une véritable relation de confiance avec lui. En effet, une relation particulière se crée entre les deux protagonistes. C'est pourquoi dès le début, en dentisterie éricksonienne, il est indispensable de comprendre l'importance de la communication dans la relation (17).

La communication est donc la base de l'hypnose et de la dentisterie éricksonienne. L'objectif est d'utiliser le meilleur message au bon moment, afin d'orienter le patient vers un sentiment de confiance et de sécurité. Ce message doit être adapté à chaque patient et lui permet d'entrer déjà en transe positive. En faisant attention à notre communication, nous créons une ambiance physique et psychologique positive, favorable à l'induction hypnotique et la mise en place d'une transe positive chez notre patient. Si l'on y ajoute quelques processus de dissociation et de suggestions simples, cela s'appelle l'hypnose conversationnelle (35).

De plus, pour P. H. KELLER (Professeur en psychologie), l'efficacité de la suggestion hypnotique aurait pour principe actif la relation (26). Lorsque la relation est de confiance entre le patient et son praticien, l'efficacité de la suggestion sera optimale. C'est pourquoi, il est nécessaire de faire attention à toutes les suggestions indirectes négatives que l'on peut faire sans le savoir au cabinet (17).

Exemple : À la suite d'une avulsion complexe, « Ce fut *très compliqué*, nous avons eu du *mal* à extraire la dent. Votre joue peut *gonfler*, vous allez avoir un peu *mal* pendant quelques jours. Pour cela vous allez prendre des médicaments afin de supprimer cette *douleur* et vous allez mettre de la glace pour éviter que ça ne *gonfle*. Si la gencive *saigne beaucoup*, mordez sur une compresse pendant 15minutes et si vous avez *trop mal*, n'hésitez pas à rappeler ».

En italique, ce sont les mots que le patient va retenir et qui vont inconsciemment l'inquiéter sur les suites post-opératoires. Il faut savoir qu'en transe, le cerveau droit n'entend pas les négations (16;35).

Il faut donc préférer, « Vous avez bien contrôlé, l'opération a été longue mais tout s'est très bien passé, grâce à vous. Il est possible de ressentir quelque chose pendant les jours à venir. Pour cela je vous demanderai de bien prendre les médicaments que je vais vous prescrire et de mettre de la glace le plus possible pendant 48 heures. Un léger saignement est logique, il va permettre une bonne cicatrisation. Nous nous revoyons en contrôle dans 15 jours ».

Toutes ces phrases sont tournées de manière positive et suggèrent au patient des suites post-opératoires dans de meilleures conditions. Elles vont réconforter le patient, qui repartira du cabinet rassuré. Nous devons instaurer une dynamique positive avec notre patient pour créer une relation humaine, saine et de confiance.

Pour le docteur Claude VIROT : « Une relation hypnotique positive commence dès le premier regard, dès la poignée de main pour construire une alliance thérapeutique. Les quelques principes décrits ici, aussi simples soient-ils, forment le socle sur lequel toute l'interaction avec le patient devient différente » (35).

1.3.3 Psychodontogénèse du fauteuil dentaire©

Selon le Dr. Bruno DELCOMBEL, en chirurgie-dentaire, le patient au fauteuil redevient systématiquement un enfant. Il est indispensable de le prendre en compte dans notre pratique quotidienne car l'enfant ne se gère pas comme un adulte. En effet, il doit être cadré, dirigé et surtout rassuré (16;17).

Psychodontogénèse du fauteuil dentaire :

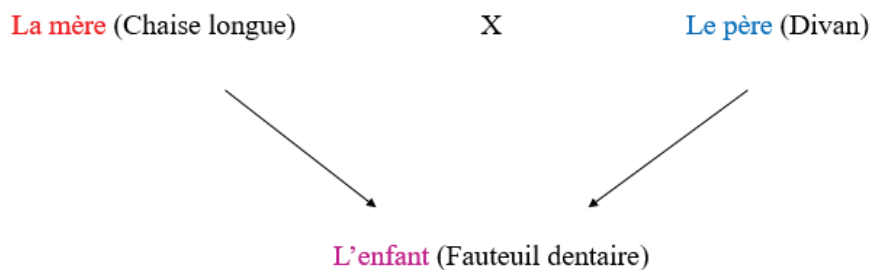


Figure 7 : Adaptation du schéma « Psychodontogénèse du fauteuil dentaire© » du Dr Bruno DELCOMBEL.
(16;17)

Nous pouvons observer au fauteuil, un retour ou une régression en âge du patient, qu'il manifestera par des attitudes infantiles. Cette métaphore nous suggère que le fauteuil dentaire est inconsciemment perçu comme un mélange entre une chaise longue et un divan. Or, la chaise longue peut représenter les vacances, la relaxation ou la rêverie et le divan plutôt une séance chez le psychologue.

La rêverie et l'inconscient seraient donc déjà présents au fauteuil dentaire, ce qui faciliterait l'hypnose au cabinet. Cependant, le chirurgien-dentiste se retrouve parallèlement en position de psychothérapeute sans le savoir. Il faut donc le comprendre et adapter sa stratégie de communication.

Ainsi, quand le fauteuil dentaire se baisse, le patient passe en mode inconscient et l'induction hypnotique se ferait toute seule. Cependant, le patient stressé va essayer de lutter avec son conscient. En dentisterie éricksonienne, nous allons l'aider à maintenir le curseur du côté inconscient et l'accompagner dans une transe positive. Cela afin d'éviter que le cerveau Gauche, « critique » et anxieux, domine la séance de soins.

2. Bore-out et Burn-out, syndromes contemporains

2.1 Bore-out syndrome

2.1.1 Définition (27)

Une définition simple et commune du bore-out est un travail qui devient « ennuyeux à mourir », un travail qui n'est plus valorisant. Selon Félix LECLERC, « *La meilleure façon de tuer un homme est de le payer à ne rien faire* ».

Autrement dit, le bore-out caractérise un individu n'ayant ni activité physique et/ou mentale au travail. Cet individu n'arrive pas à donner de sens à son travail, et en vient même à remettre en question l'utilité de son travail ou de sa personne, et en souffre.

Dans le livre de Christian BOURION « Le Bore-out Syndrome », nous pouvons lire : « *Je m'ennuie à mourir au travail, ça ne devrait pas durer. Le 11.12 je me casse de cette boîte à dépression et j'espère trouver un travail où il y a du travail* ». Ceci est l'écrit d'un internaute lors de son étude.

En 2016, 30% des salariés en France n'ont pas suffisamment de choses à faire au travail. Selon C. BOURION, c'est en partie lié à la multiplication des normes et de la législation juridico-sociale qui a supprimé petit à petit la souplesse adaptative de chaque poste.

Nous observons une surabondance des postes là où il n'y a plus de travail et une insuffisance là où il y en a trop. De plus, les lourdeurs administratives ne facilitent pas le cycle « embauche-licenciement-embauche ». Il est aujourd'hui moins coûteux de conserver un poste inutile et d'en créer un nouveau plutôt que de le supprimer.

Actuellement, les métiers, pour lesquels l'offre de travail est la plus importante sont ceux accessibles avec le bac, alors qu'à l'inverse, il devient de plus en plus difficile de trouver un poste après de longues études très spécialisées. De plus, les évolutions technologiques permettent à un employé de réaliser en une heure des tâches qui lui demandaient à l'époque plusieurs jours. Tous les secteurs sont concernés (fonction publique, grandes entreprises, PME...).

2.1.2 Les conséquences du bore-out

Nous observons dans le bore-out une déformation puis une dévalorisation de l'image de soi, qui entraîne une souffrance interne. Elle s'accompagne aussi du sentiment de culpabilité d'être payé à ne rien faire. L'ennui au travail crée donc un malaise quotidien, entraînant tensions, stress, manque de sommeil, manque d'appétit, baisse de moral et dépression. De plus, le bore-out augmenterait les risques de pathologies cardio-vasculaires.

En effet, une étude anglaise met en évidence que le risque de maladies cardio-vasculaires est presque triplé chez les personnes qui s'ennuient au travail (28).

Par ailleurs, dans l'opinion générale, il est bien plus normal d'être surchargé de travail et de s'en plaindre plutôt que l'inverse. Le burn-out est bien plus « honorable » que le bore-out, car le risque est de passer pour un fainéant (27). C'est pourquoi le syndrome de bore-out est complexe. Certains disent qu'il est bien plus destructeur que le burn-out car le statut de victime est très difficilement accepté par la population. Le risque est d'être seul face à ses problèmes et d'avoir honte de se plaindre (27).

« Je n'ose en parler à personne quand je vois en ces temps de chômage ou de travail peu rémunéré tellement j'ai honte de ma situation » ; « Certains n'osent même pas le dire à leur famille tant ils ont honte » (extrait de témoignages cités dans le livre de Christian BOURION, « Le Bore-out syndrome ») (27).

2.1.3 Les solutions (27)

Bien que l'on puisse penser le contraire, donner à l'individu souffrant du bore-out un arrêt maladie ne ferait qu'aggraver la situation. C'est justement, l'augmentation d'activité et le fait de redonner du sens à son travail, qui sont les deux seules solutions envisageables.

Nous pouvons catégoriser plusieurs réactions possibles lorsqu'un individu rencontre une situation de bore-out :

Acceptation	<ul style="list-style-type: none"> - Revoir son image à la baisse - Accepter d'être payé à ne rien faire
Rejet	<ul style="list-style-type: none"> - Quitter son poste - Changer de travail
Contournement	<ul style="list-style-type: none"> - Réduire le temps de présence au travail - Voler le travail des autres pour s'occuper - Ralentir le rythme - Pratiquer une autre activité pendant le travail
Réagir positivement : Trouver un nouveau moyen de s'accomplir personnellement	<ul style="list-style-type: none"> - Profiter de son temps libre - Découvrir une nouvelle passion
Autres solutions	<ul style="list-style-type: none"> - Consultations médicales : psychothérapie, hypnothérapie... - Prise de médicaments - Redonner du sens à son travail : formations, aider ses collègues...

Figure 8 : Réactions et solutions possible face au Bore-out

Deux problèmes psychosociaux très similaires sont partagés par les deux extrêmes de travailleurs. D'un côté, le manque de travail peut entraîner un bore-out. De l'autre la surcharge de travail va entraîner un burn-out. Ces deux pathologies ont beaucoup de symptômes en commun et des conséquences toutes aussi graves.

2.2 Burn-out syndrome

2.2.1 Définition

Tout comme le bore-out, le burn-out est une des conséquences de l'américanisation du travail. En effet, le travail est devenu pour les Français l'une des choses les plus importantes ces dernières années (29).

Le burn-out n'est pas seulement la fatigue normale due au travail, c'est l'apparition de symptômes physiques et mentaux permanents. Malheureusement, ces symptômes presque irréversibles ne font que s'amplifier avec le temps et si l'on ne réagit pas au bon moment, ils nous entraînent dans la dépression et la maladie (30;31).

De plus, les conditions psychosociales actuelles (élitisme, perfectionnisme et compétitivité) rendent plus difficiles notre plein épanouissement personnel et surtout professionnel. La pression psychologique infligée par notre société nous met en état de stress constant. Celui-ci finit par user l'organisme. Le corps s'épuise et cette fatigue va avoir un impact sur notre santé.

C'est le psychanalyste Herbert J. FREUDENBERG qui décrit pour la première fois le burn-out, en 1974. (31) Deux ans plus tard, la psychologue Christina MASLACH met en place son fameux « Inventaire du Burn-out » selon MASLACH (MBI, MASLACH Burn-out Inventory) pour étudier ce phénomène (32).

Pour MASLACH et JACKSON en 1986, il s'agit d'un syndrome tridimensionnel :

Epuisement émotionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Absence d'énergie - Fatigue chronique - Manque d'enthousiasme
Dépersonnalisation et déshumanisation	<ul style="list-style-type: none"> - Traiter tous les patients, confrères employés et l'organisation en tant qu'objets
Faible réalisation personnelle	<ul style="list-style-type: none"> - Forte dévalorisation

Figure 9 : Les 3 dimensions du burn-out selon C. MASLACH.

Selon un rapport datant de 2016, il touchait déjà plus de 3 millions de Français, soit environ 15% de la population (33).

Malgré le phénomène de santé publique et l'ampleur du problème, seule l'Argentine reconnaît le burn-out comme maladie depuis 2008. Pour l'OMS, le burn-out est considéré comme un risque de travail psychosocial influençant l'état de santé. Il n'est cependant pas encore répertorié dans la classification des maladies ou dans le DSM (Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux) (33;72).

Notre Ministre de la Santé Mme Agnès BUZYN a dit en Octobre 2017 sur Europe 1 : « *Aujourd'hui, il s'avère que ce n'est pas une maladie. C'est un ensemble de symptômes et donc, c'est très difficile de décider que c'est une maladie professionnelle* ». La HAS, qu'elle présidait à l'époque, avait rendu également un avis défavorable pour désigner le burn-out comme maladie.

La reconnaissance comme maladie professionnelle est donc très difficile à envisager à l'heure actuelle, malgré les répercussions graves sur la santé des soignants et des soignés. Il arrive malheureusement que le burn-out ne soit pas traité ou diagnostiqué à temps (33).

2.2.2 Symptômes du burn-out

Les symptômes du burn-out sont multiples. Ils peuvent être plus ou moins graves en fonction du stade auquel il est diagnostiqué et ils sont directement liés à l'impact physique et psychologique du stress sur l'organisme. Le burn-out est souvent décrit comme un cercle vicieux qui évolue en plusieurs phases caractéristiques.

Selon Jerry EDELWICH et Archie BRODSKY il existe 4 phases distinctes du syndrome (1980) (34) :

1. Phase d'engagement, phase de satisfaction intense au travail.
2. Phase de sur-engagement, petit à petit l'activité et les pensées professionnelles vont gagner toutes les sphères de l'existence.
3. Phase de résistance, la personne continue à s'infliger un rythme effréné.
4. Phase d'effondrement, phase finale du processus, qui affecte toutes les dimensions de la personne (psychique, émotionnelle et physique), c'est un stade dépressif profond.

Cependant, Cécile DECROIX ajoute à juste titre, dans son article « Burn-out », la phase d'épuisement (38). Elle considère que le burn-out commence à la phase 2 du classement d'EDELWICH et BRODSKY et ajoute une étape entre la phase de résistance et d'effondrement.

Je décrirais finalement 5 phases dans le burn-out :

1. Engagement et satisfaction au travail	Equilibre entre travail et vie personnelle
2. Hyperactivité et sur-engagement	Fatigue, difficultés d'endormissement, substitution des temps de repos et de détente par le travail, grande satisfaction et fort sentiment d'accomplissement
3. Résistance	La personne nie le surmenage et continue à s'imposer un rythme intense
4. Épuisement	- <i>Désengagement</i> : attitude de rupture avec son entourage professionnel, sentiment de frustration - <i>Appauvrissement émotionnel, relationnel et social</i> : indifférence vis-à-vis de l'actualité, rupture avec ses amis, repli sur soi, isolement - <i>Diminution de l'efficacité cognitive</i> : troubles de la concentration et de la mémoire, indécision, pertes d'initiatives, pertes d'adaptation
5. Effondrement physique, psychologique et émotionnel	Détresse intense, sentiment de culpabilité, faiblesse, pessimisme, dépression, anxiété, angoisses, idées suicidaires

Figure 10 : Les 5 phases du burn-out.

En plus de l'impact inévitable qu'a le burnout sur le comportement au travail et la vie personnelle, il a aussi des conséquences directes sur la santé (33;37;41) :

Troubles fonctionnels	Fatigue, épuisement physique, trouble du sommeil, baisse de la concentration, douleurs musculaires, céphalées, troubles gastro-intestinaux, rhumes
Troubles comportementaux et psychologiques	Baisse de moral, dépression, culpabilisation, négativisme, irritabilité, désengagement émotionnel, anxiété, tension, augmentation des addictions (tabac, alcool, médicaments...)
Augmentation des maladies cardiovasculaires	Hypertensions, maladies coronariennes...
Augmentation des problèmes musculosquelettiques	Douleurs et tensions cervicales, tendinites...

Figure 11 : Les conséquences du burn-out.

2.2.3 Les solutions (41)

La tendance actuelle est plutôt de prévenir que guérir. Pour le Bureau International du Travail (42), « les interventions pour réduire le stress au travail peuvent être primaires (réduire les sources de stress), secondaires (aider les individus à développer des capacités à faire face au stress) et tertiaires (prendre en charge les individus affectés par le stress) ».

	Objectifs	Exemples
Prévention primaire	Évaluation, contrôle et élimination des facteurs de risque environnementaux au travail afin de réduire leurs impacts sur l'individu.	<ul style="list-style-type: none"> - Mieux répartir les charges de travail - Redéfinir les responsabilités de chacun - Revoir les méthodes de reconnaissance du travail au sein de l'entreprise
Prévention secondaire	Aider les individus à gérer plus efficacement les exigences et contraintes liées au travail, en améliorant leurs stratégies d'adaptation au stress.	<ul style="list-style-type: none"> - Formation à la gestion du stress (ex. yoga, hypnose...) - Aménagement de temps réservés à la relaxation physique ou au repos - Amélioration de l'hygiène de vie afin d'accroître la résistance de l'organisme au stress - Mise en place d'espaces de dialogue et méditation dans l'entreprise - Aides aux salariés pour faciliter leur vie quotidienne
Prévention tertiaire ou traitement de la maladie	Traitement psychologique, physique et accompagnement des individus qui souffrent ou ont souffert de burn-out.	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'assistances psychologiques - Consultations spécialisées - Faire une pause dans son travail, prendre des vacances

Figure 12 : Prise en charge du burn-out.

Le traitement du burn-out est un processus long, où la personne devra apprendre à gérer son stress, tout en alliant détente et plaisir, elle devra reprendre confiance en elle et reprendre le travail en douceur (32;38;41).

Agir contre le stress au travail doit bénéficier à la fois aux individus et aux entreprises (42-43). Comme le souligne le Bureau international du travail (42), « *la lutte contre le stress au travail représente sans*

doute l'un des grands défis que devront relever les gouvernements, les employeurs et les syndicats au cours des années à venir. Les entreprises qui auront le plus de chances de réussir à l'avenir seront celles qui aideront les travailleurs à faire face au stress et qui réaménageront soigneusement le milieu de travail afin qu'il soit mieux adapté aux aspirations humaines ».

2.3 Le stress du chirurgien-dentiste

Ces dernières années, l'exercice de la dentisterie a complètement changé. En effet, l'évolution de la société ainsi que le développement de nouveaux matériaux et de nouvelles techniques ont entraîné la profession vers un exercice différent, beaucoup plus technique, où le praticien dispose de moins en moins de temps pour créer une vraie relation humaine avec son patient.

En 2007, E. RIGAL et J. MICHEAU déclarent déjà « *la nature des actes a profondément évolué, les contraintes réglementaires se sont intensifiées. Pour des raisons liées au progrès technique et des raisons démographiques (vieillesse et féminisation des jeunes générations), on assiste à une évolution assez notable des modes d'exercice* » (45).

2.3.1 Évolutions de l'exercice de la dentisterie ces dernières années (45)

- *Changement de la demande de soin, du patient au consommateur de soins*

Nous observons le recours plus systématique aux soins et à la prévention. En effet, l'évolution des techniques et des matériaux offrent des solutions de soins et de prothèses nouvelles. Les patients ont également aujourd'hui une exigence esthétique de plus en plus importante.

Ils sont de mieux en mieux informés et auraient tendance à devenir davantage consommateurs. Véritables acteurs de leurs soins, ils seraient plus exigeants et n'hésiteraient pas à se plaindre si ceux-ci ne correspondent pas à leurs attentes. Le chirurgien-dentiste serait donc plus confronté à des actions en justice menées par des patients (45;50).

- *De plus en plus technique*

L'équipement nécessaire à l'ouverture d'un cabinet est aujourd'hui beaucoup plus important qu'il y a 30 ans. En effet, le plateau technique moderne est très lourd et représente un investissement important pour un jeune praticien voulant s'installer.

De plus, l'évolution constante des techniques impose de mettre à jour régulièrement ses connaissances par des formations continues et de faire évoluer également le plateau technique.

- *Augmentation des contraintes et obligations*
 - *L'évolution et la rigidité de la CCAM (84-86) :*

Plusieurs conventions entre l'UNCAM et les syndicats dentaires ont été signées ces dernières années, limitant de plus en plus la liberté d'exercice du praticien.

La dernière en date signée le 21 juin 2018 bouleverse actuellement la profession. Dans l'optique d'un reste à charge zéro pour le patient, elle vise à plafonner les tarifs prothétiques et à réévaluer à la hausse le remboursement des soins (tenant compte des évolutions technologiques et des prix des nouveaux matériaux). Complexifiant toujours plus les cotations administratives pour le chirurgien-dentiste et orientant le patient vers le choix de certains types de prothèses dentaires (pour être mieux remboursé), il limite par conséquent les options thérapeutiques et le choix des matériaux utilisés par le chirurgien-dentiste pour son patient.

Sa mise en place à compter du 1er avril 2019 entraîne un stress supplémentaire pour le praticien, qui va devoir revoir sa manière d'exercer pour espérer pouvoir maintenir sa qualité de soins et éviter que le patient n'en soit victime.

- *Les obligations réglementaires du chirurgien-dentiste :*

Le chirurgien-dentiste est aujourd'hui soumis au respect de nombreuses dispositions légales et réglementaires dans l'exercice de sa profession, au sein du cabinet dentaire mais également en sa qualité d'employeur (45;46).

Les obligations réglementaires du chirurgien-dentiste :

Professionnelles et déontologiques	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Devoir d'information ▪ Qualité de soins et obligation de moyens ▪ Respect du principe de « non-discrimination », traiter chaque patient de manière égale ▪ Respect de confraternité ▪ Obligation de réaliser un certificat à la demande d'un patient suite à un accident ▪ Respect du secret médical
Au sein du cabinet	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relatives aux locaux : accès handicapés, sécurité incendie, éclairage, performances énergétiques... ▪ Relatives au matériel médical : radioprotection, dispositifs médicaux, compresseurs... ▪ Relatives aux risques infectieux : normes d'hygiène, stérilisation, traçabilité...
En tant qu'employeur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A l'embauche : administratives et légales ▪ Respect des règles protectrices des salariés : médecine du travail, aménagement des locaux, document unique des risques auxquels sont exposés les salariés... ▪ Affichages obligatoires : prévention, horaires de travail, congés...

Figure 11 : Les obligations réglementaires du chirurgien-dentiste.

- *Poids des tâches de gestion*

Le chirurgien-dentiste est confronté quotidiennement à la gestion administrative et comptable du cabinet. Or, il semble que ces tâches soient en augmentation ces dernières années (la télétransmission ou les tâches administratives liées à la prise en charge des patients, la gestion des codifications CCAM). Autant de tâches pour lesquelles il n'est pas formé.

Le développement de nouvelles techniques et les progrès scientifiques ont véritablement transformé la chirurgie-dentaire en une discipline médicale, nécessitant sa réglementation. Le cadre juridique de l'exercice a dû s'adapter et se renforcer (46).

De plus, le chirurgien-dentiste est aujourd'hui soumis à des responsabilités de chef d'entreprise, pour lesquelles il n'est encore une fois pas formé et qui ne font qu'augmenter. Elles représentent une charge de travail et une source de stress relativement importante auxquelles le chirurgien-dentiste est de plus en plus confronté.

2.3.2 Les facteurs de stress chez le chirurgien-dentiste

Plusieurs études ont montré que les chirurgiens-dentistes ont un taux élevé de stress. En effet, une étude mexicaine visant à mesurer l'état de stress chronique chez 256 chirurgiens-dentistes a montré en 2008 que 13,7% ont des niveaux élevés de stress chronique, 71,8% ont des niveaux de stress moyen et seulement 14,5% ont un faible niveau de stress (51).

Plus récemment, une étude anglaise réalisée à l'aide d'un questionnaire en 2019 rapporte un taux élevé de stress voire même de burn-out dans la profession. La gestion des conflits avec les patients apparaît comme le facteur le plus stressant. Cette étude souligne que la solution serait de ne pas se focaliser sur la gestion du stress individuel mais de réfléchir à des solutions globales et de modifier l'environnement de travail du chirurgien-dentiste (52).

En effet, plusieurs problématiques se posent actuellement au chirurgien-dentiste :

- *Un stress commençant sur les bancs de la faculté*

En chirurgie-dentaire, le stress est présent dès les bancs de la faculté. Selon L'UNECED, en 2015 déjà, 1 étudiant sur 3 répondait que le mot « stress » définissait le mieux ses études (53).

Les derniers résultats de son enquête nationale lancée en mai 2018 et publiés en novembre 2018 montrent que ces chiffres n'ont pas évolué :

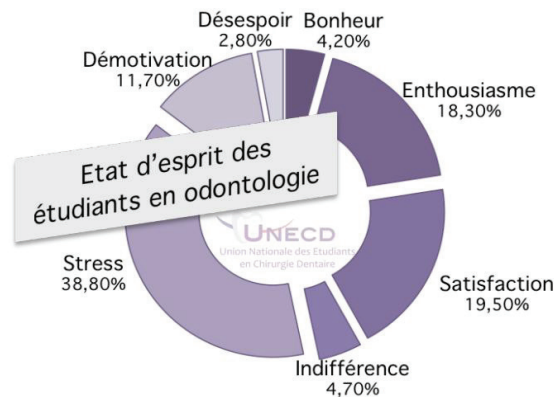


Figure 12 : Tableau « Etat d'esprit des étudiants en odontologie », dossier de presse de l'UNECD (53).

- *Le stress lié à l'environnement et aux conditions de travail*

La situation géographique du cabinet pourrait être une source de stress pour le chirurgien-dentiste. En effet, être situé dans un désert médical, éloigné des facultés et des formations serait un facteur de stress pour le praticien (61). L'isolement professionnel augmenterait le stress du chirurgien-dentiste (47). Par ailleurs, le cabinet dentaire est un lieu exigu qui peut générer du stress, augmenté par les bruits des rotatifs, des inserts et des aspirations (56).

Une des caractéristiques principales de la pratique de l'odontologie est la relation existante entre le dentiste, son équipe et ses patients. Cette relation peut, dans certaines conditions, générer malaises, anxiété ou stress.

- *La relation patient/praticien*

La peur du chirurgien-dentiste constitue une barrière à l'accès aux soins pour une partie non négligeable de la population. En effet, un article récent du Pr. Ellie HEIDARI (Professeur au King's College à Londres), montre que 45% des britanniques sont anxieux avant d'aller voir le dentiste (70). En France cela représenterait 48% selon un sondage de 2016 (71). La gestion de cette anxiété chez les patients est l'une des sources de stress les plus importantes pour le praticien (57-59).

De plus, la tension émotionnelle causée par le sentiment d'être responsable de la douleur de leurs patients peut créer chez les chirurgiens-dentistes une certaine instabilité et une forme de frustration pouvant engendrer une profonde anxiété (48). En effet, selon les travaux fondamentaux du Dr. Giacomo RIZZOLATI sur les neurones miroirs, voir quelqu'un effectuer une action ou éprouver une émotion activerait dans notre cerveau les zones correspondantes, nous faisant ressentir les mêmes émotions (49).

C'est pourquoi, voir un patient stresser va également stresser le praticien. Même si parfois de façon inconsciente, il arriverait à absorber en partie ce stress, l'accumulation tout au long de la journée va finir par épuiser le chirurgien-dentiste et le stresser en retour.

Une bonne relation patient/praticien est donc primordiale pour diminuer le stress du chirurgien-dentiste.

- *Les facteurs de stress liés à l'organisation du soin et à la gestion du cabinet*

Avec de longues journées de travail, le chirurgien-dentiste est constamment pressé, il doit travailler vite tout en soignant de la meilleure façon. En effet, il doit gérer les urgences en plus des imprévus cliniques. La surcharge des plannings est également une des sources de stress importantes chez le praticien (60).

Aux soins des patients vient s'ajouter la gestion des obligations administratives (aménagement du bureau, sélection du personnel, relations avec les prothésistes...). En fait, il doit jouer le rôle d'un homme d'affaires, d'un gestionnaire du personnel, d'un technicien, d'un professeur et d'un dentiste. Cette pluralité des rôles à assumer au quotidien exige un effort d'adaptation considérable qui augmente d'autant sa charge de travail (64).

En effet, selon le Dr. Edmond BINHAS (66), le stress se développe chez le praticien lorsqu'il essaie de maintenir une dentisterie de qualité alors que dans le même temps il est confronté à toute une série de tâches fastidieuses, qui le détourne de sa vocation.

D'autres facteurs peuvent également agir sur le stress du chirurgien-dentiste, en particulier le contexte économique. En effet, la source de stress aujourd'hui citée par le plus grand nombre de dentistes résulte de problèmes financiers. En plus de son statut de soignant, le chirurgien-dentiste doit s'assurer de la rentabilité de son cabinet. Il doit pouvoir régler ses charges et son personnel en fin de mois (64;68). Enfin, en France, la prévention n'est pas suffisamment honorée et la rentabilité se fait sur des soins plus lourds, comme par exemple les prothèses. Cette lacune du système de soins peut provoquer une forme de frustration chez les jeunes dentistes formés en prévention (67).

Le chirurgien-dentiste est donc aujourd'hui obligé de faire un choix entre la qualité des soins proposés, le temps qu'il va y passer et la réalité économique d'un cabinet dentaire. Ces 20 dernières années, avec l'évolution des réglementations, l'augmentation des charges, l'évolution des prix du matériel, il est contraint de travailler plus vite s'il veut maintenir une rentabilité satisfaisante. Les conséquences se ressentent sur le temps de prise en charge accordée à chaque patient. Il n'a plus le temps de prendre en charge son patient dans la globalité et c'est la relation patient/praticien qui en est la première touchée.

Cette dégradation de la relation humaine avec son patient engendre une insatisfaction personnelle, qui est responsable en partie du bore-out et du burn-out.

2.3.3 Bore-out du chirurgien-dentiste

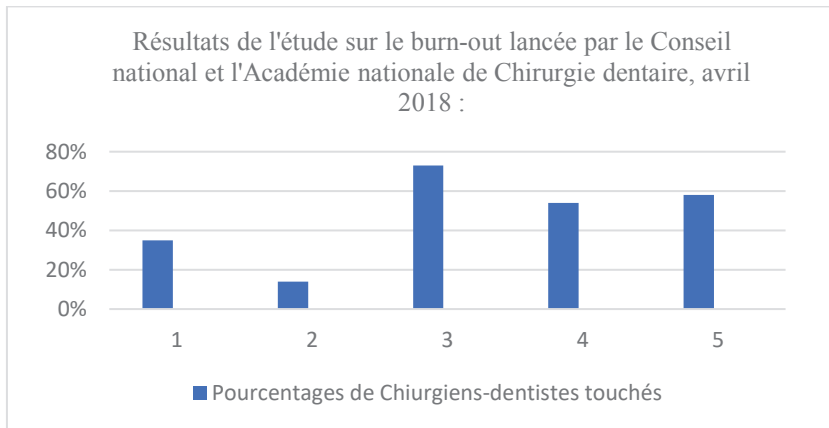
Le chirurgien-dentiste, depuis sa position de chef d'entreprise et de soignant, devrait y échapper car il est toujours occupé. Cependant, passé un certain âge, arrive parfois l'impression de routine et d'ennui au travail.

Le Dr. Jean-Marc DERSOT (chirurgien-dentiste parisien) m'a témoigné lors d'un entretien, qu'un de ses anciens étudiants lui a dit après 15 années d'exercice : « *J'ai l'impression d'avoir fait le tour* ». Il complète « *l'ennui je peux bien le comprendre, on peut avoir l'impression d'avoir fait le tour, de se lasser* ». En effet, je pense qu'après plusieurs années, nous pouvons observer une baisse d'intérêt et d'implication dans notre exercice. La passion n'étant plus là, nous constatons alors une diminution de notre épanouissement au travail. Il en résulte une baisse de notre sentiment d'accomplissement personnel, qui va se ressentir à la maison comme au travail. Cette baisse de motivation et d'implication au cabinet va également très vite se faire ressentir sur les patients et impacter la qualité des soins. Les échanges et la relation peuvent devenir plus complexes. C'est un cercle vicieux qui va demander de l'énergie et peut faire basculer petit à petit vers le burn-out.

2.3.4 Burn-out du chirurgien-dentiste

Nous savons désormais que l'origine du burn-out réside dans le déséquilibre qu'a le professionnel entre ses stratégies personnelles pour faire face au stress et l'ensemble des facteurs de risques auxquels il est exposé. Malheureusement, en plus du stress quotidien, les longues heures passées au cabinet dentaire peuvent avoir un effet négatif sur son bien-être psychologique (manque de temps pour ses loisirs, se reposer...) et sur sa vie familiale.

Les résultats de l'étude réalisée par le Conseil national en collaboration avec l'Académie nationale de chirurgie-dentaire, publiée en avril 2018 soulèvent de vives inquiétudes (69) :



- 1- Burn-out.
- 2- Idées suicidaires.
- 3- Dépersonnalisation des relations avec les patients.
- 4- Perte d'accomplissement personnel.
- 5- Epuisement professionnel.

Figure 13 : Résultats de l'étude sur le burn-out lancée par le Conseil national et l'Académie nationale de chirurgie-dentaire, en avril 2018 (69).

« L'ampleur du burn-out est alarmante. Des réponses de fond devront émerger pour venir en aide aux praticiens en détresse. » déclare le Dr. Gilbert BOUTEILLE (Président du Conseil National) (69).

Il est malheureux de constater que le bore-out, et plus encore le burn-out, sont deux fléaux très présents au cabinet dentaire. Comme le dit le Dr. BOUTEILLE, il est indispensable de trouver des solutions de fond pour prévenir ce problème et stopper l'épidémie avant qu'il ne soit trop tard.

Dans ce contexte, nous allons voir en quoi la pratique quotidienne de l'hypnose au cabinet dentaire est confortable pour le praticien et son patient. Elle serait une solution qui apporterait un intérêt nouveau à notre exercice, en réduisant considérablement le stress de l'équipe soignante.

3. L'hypnose au service du patient et surtout du praticien

Il est ancré dans l'inconscient collectif que l'hypnose clinique, dans ce cas la dentisterie éricksonienne, serait utilisable uniquement à des fins de confort thérapeutique, pour une meilleure prise en charge globale du patient. En effet, c'est l'un des objectifs, mais l'utilisation de l'hypnose éricksonienne au cabinet dentaire permettrait un exercice beaucoup plus agréable pour le praticien et son équipe également.

3.1 Etude sur l'apport de l'hypnose chez les praticiens formés

3.1.1 Présentation de l'étude

Pour conforter ces idées, j'ai réalisé un sondage auprès de chirurgiens-dentistes formés en hypnose clinique. L'objectif étant de récolter des informations sur le type de chirurgiens-dentistes qui pratiquent l'hypnose et surtout leurs retours concernant les bénéfices de la pratique de l'hypnose.

Dans ce but, j'ai mis en ligne sur Facebook, un questionnaire (Google Forms), qui m'a permis de récupérer 117 réponses de confrères formés. Ce questionnaire est resté accessible pendant 48 heures, sur un groupe réservé aux chirurgiens-dentistes français. Je précisais dans l'annonce qu'il était dédié exclusivement aux confrères formés en hypnose clinique.

L'étude présentait 11 questions, à choix multiples et avec la possibilité d'ajouter une réponse personnelle.

3.1.2 Résultats

- Question 1 : Spécificités démographiques au niveau des praticiens formés : homme ou femme ?
Nous constatons que 71,8% des répondants sont des femmes.

- Question 2 : Quel est votre type d'exercice ?

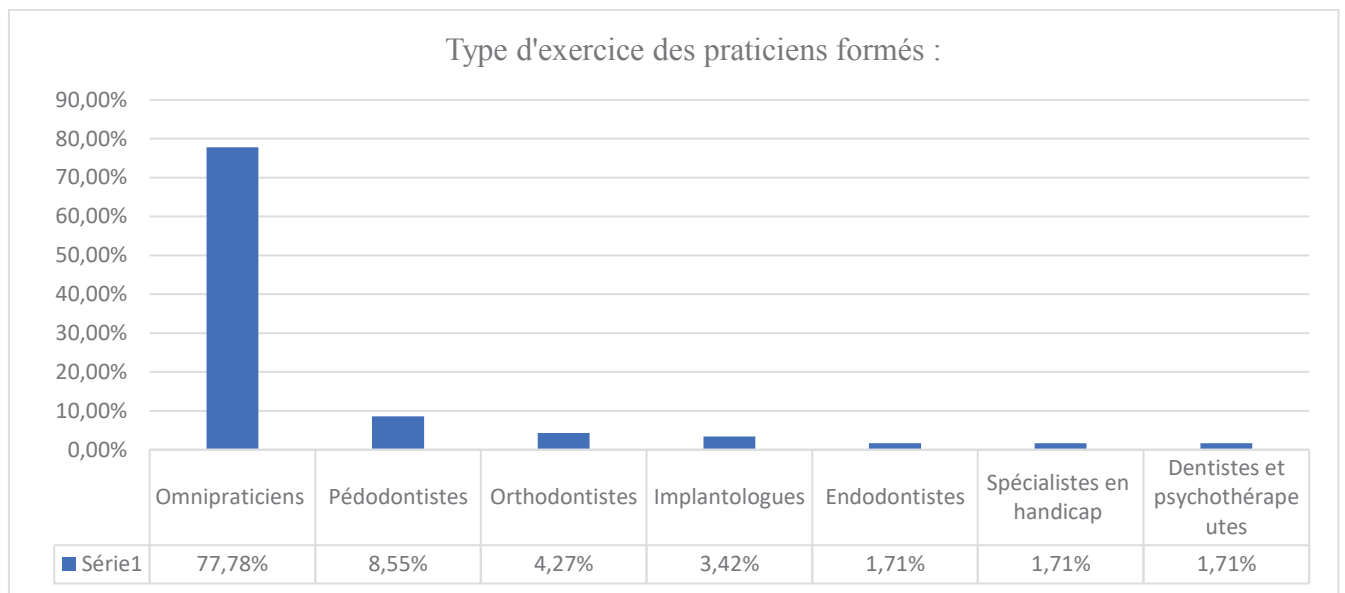


Figure 14 : Type d'exercice des praticiens formés.

Nous pouvons constater que près de 80% des répondants sont omnipraticiens.

- Question 3 : Depuis combien de temps êtes-vous chirurgiens-dentistes ?

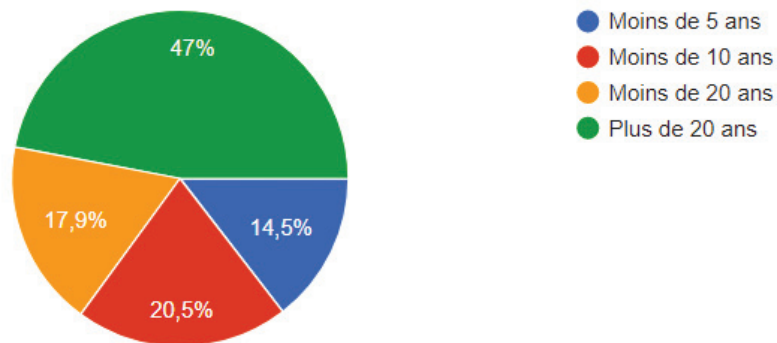


Figure 15 : Durée d'exercice des praticiens formés.

La majorité des répondants exercent depuis plus de 10 ans voire plus de 20 ans pour près de 50% d'entre eux.

- Question 4 : Depuis combien de temps êtes-vous formé en hypnose ?

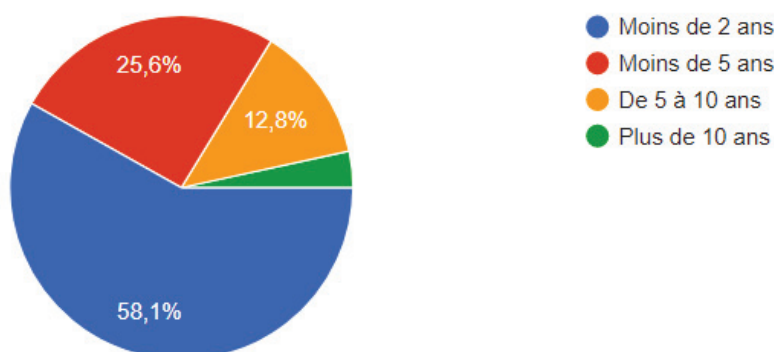


Figure 16 : Date de formation à l'hypnose clinique.

L'hypnose est à la mode en ce moment. Environ 60% des praticiens se sont formés il y a moins de 2 ans. Ce nombre reste relativement insignifiant par rapport au nombre de praticiens exerçants.

- Question 5 : Pratiquez-vous l'hypnose quotidiennement au cabinet, sinon à quelle fréquence ?

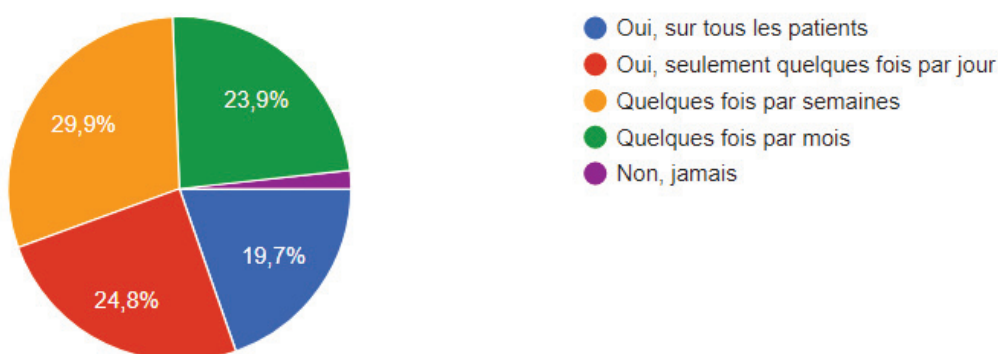


Figure 17 : Fréquence d'application de l'hypnose au cabinet dentaire.

Les dentistes formés appliquent presque tous l'hypnose au cabinet dentaire. C'est logique car comme nous le savons, elle est naturellement et toujours présente.

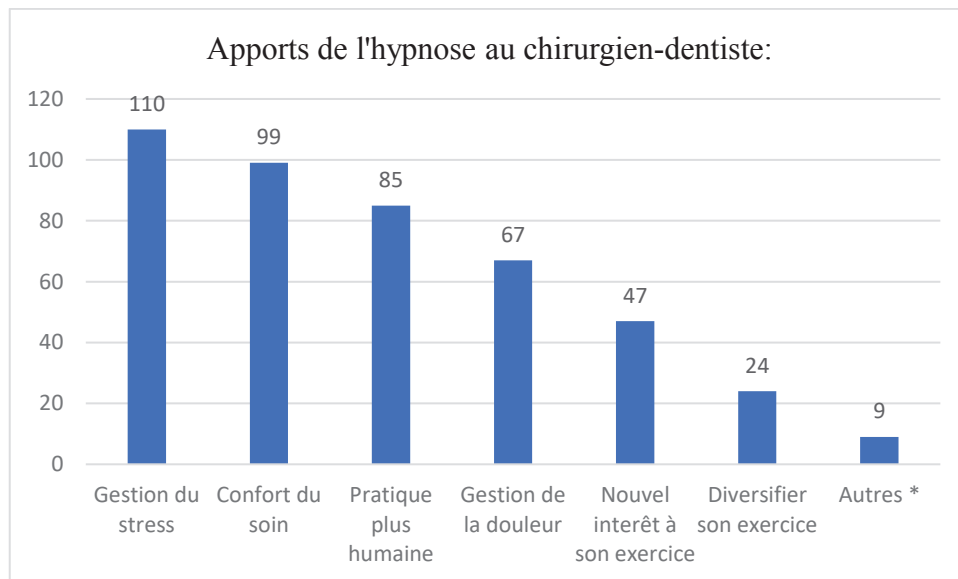
- Question 6 : Qu'est-ce qui vous a incité à vous former ? (Réponse ouverte)

Quelques réponses : « la **curiosité** » ; « **diversifier mes compétences** » ; « **le confort pour travailler avec des patients plus zen.** » ; « **mon inconscient** » ; « **stress patient/praticien** » ; « valeur ajoutée pour mon bien-être » ; « **outil supplémentaire à maîtriser** » ; « la **simplicité des soins** » ; « **les patients et le stress** » ; « **mon bien-être personnel** » ; « envie d'apporter **plus de confort au patient et à soi-même** » ; « **meilleure gestion du stress** » ; « **de l'humain dans le soin** » ; « **mon confort et celui du patient** » ; « **humaniser un peu plus les soins...** » ; « **facilité l'exercice quotidien** » ; « **plus de bien-être au cabinet** » ; « **améliorer notre qualité de vie au travail** » ; « **besoin d'améliorer la**

communication » ; « **communication ; sérénité ; confort** » ; « **besoin de décompresser** (autohypnose) » ; « **besoin de travailler sereinement** » ; etc...

Toutes ces raisons, plus personnelles les unes que les autres, nous montrent à quel point l'hypnose est, pour les confrères formés, une porte de sortie vers un exercice plus relaxant. C'est une « envie » voire parfois même un « besoin » pour un meilleur « bien-être au cabinet ».

- Question 7 : Quels sont pour vous les apports principaux de l'hypnose au chirurgien-dentiste ?



*Autres :

- « Liberté. »
- « Savoir que j'ai une porte de sortie professionnelle. »
- « La gestion des émotions. »
- « Ambiance plus zen au travail. »
- « Une relation thérapeutique plus juste. »
- « Harmonie au cabinet et dans la vie. »
- « Motivation du patient. »
- « Véritable alliance du patient, bien plus forte que la confiance. »
- « Un bien être personnel et une meilleure façon de me distancer. »
- « Une super cohésion, dans mon équipe de soins. »

Figure 18 : Raisons de formation.

Nous retrouvons en premier la gestion du stress, vient ensuite le confort du soin puis une pratique plus humaine. Autant de points qui sont très importants pour lutter contre le burn-out.

- Question 8 : A qui bénéficie le plus la pratique de l'hypnose au cabinet dentaire ?

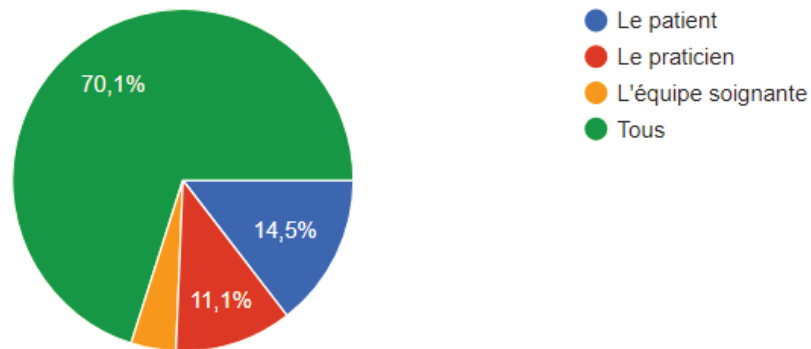


Figure 19 : Les bénéficiaires de l'hypnose au cabinet.

Pour 70% des praticiens, l'hypnose est bénéfique à l'ensemble du cabinet dentaire.

- Question 9 : Comment sont les retours des patients après une séance sous hypnose ?

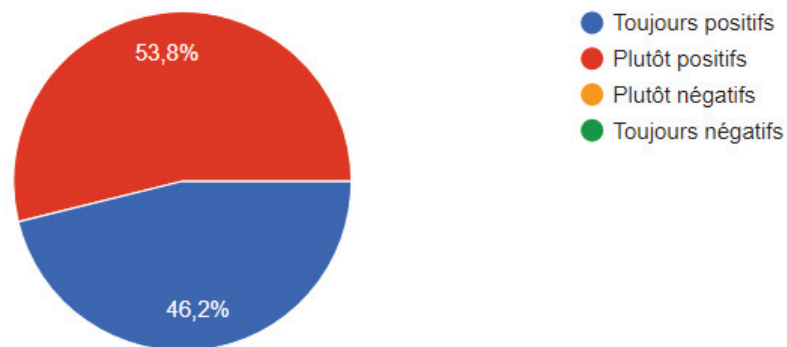


Figure 20 : Les retours des patients après une séance d'hypnose.

Nous remarquons que les retours des patients après une séance sous hypnose sont positifs dans 100% des cas. Cela est très gratifiant pour le praticien au quotidien.

- Question 10 : Êtes-vous conscient que le burn-out est très présent au cabinet dentaire ?

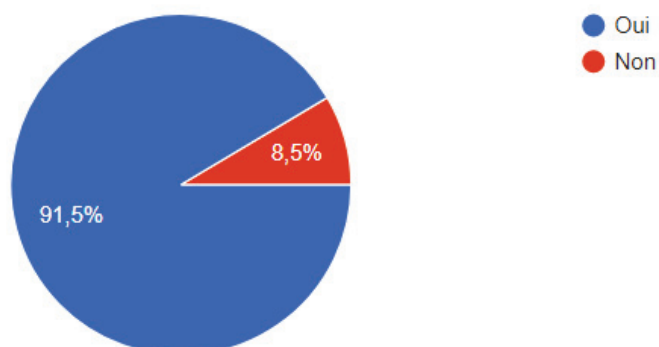


Figure 21 : Conscience du burn-out du chirurgien-dentiste.

Les praticiens formés en hypnose sont conscients pour 91,5% du problème de burn-out dans la profession, ce qui est une bonne chose car pour le Dr. Bruno DELCOMBEL, « *le premier symptôme du burn-out est le déni* ».

- Question 11 : Pensez-vous que l'hypnose serait une solution pour lutter contre le burn-out au cabinet dentaire ?

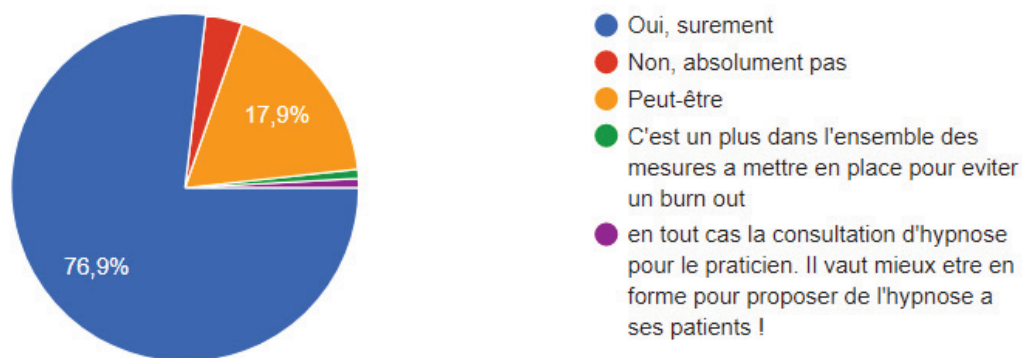


Figure 22 : L'hypnose, une solution pour lutter contre le burn-out du chirurgien-dentiste ?

Enfin, pour plus de 75% des praticiens interrogés, l'hypnose serait sûrement une solution pour lutter contre le burn-out au cabinet dentaire. Deux répondants ont ajouté une remarque visible en vert et en violet sur le graphique.

Ce bref questionnaire nous donne beaucoup d'informations concernant l'apport de l'hypnose en chirurgie-dentaire. Nous constatons que les praticiens formés sont en grande majorité des femmes,

exerçant depuis plus de 20 ans et omnipraticiennes. De plus, la pratique de l'hypnose clinique au cabinet dentaire apporte pour toute l'équipe soignante, le patient et le praticien quelque chose de positif. Enfin, nous remarquons que 91,5% des confrères formés sont conscients que le burn-out est très présent en chirurgie-dentaire et pour 76,9% d'entre eux, la pratique de l'hypnose clinique serait sûrement une solution pour lutter contre celui-ci. L'hypnose apporte donc irrémédiablement du bien-être au cabinet dentaire et nous allons voir comment.

3.2 L'outil hypnotique, un confort au cabinet dentaire

3.2.1 Au service du praticien pour une meilleure prise en charge des patients

- Gestion du stress :

Comme nous l'avons évoqué, la gestion du stress du patient demande beaucoup d'énergie au praticien. L'hypnose fait partie des solutions mises en avant pour la prise en charge du stress et de l'anxiété chez les patients (57;78). En effet, l'hypnose médicale est avant tout un procédé de relaxation, capable de calmer le patient et son praticien pour faciliter les soins. Elle représente une solution alternative naturelle, qui évite les prescriptions médicamenteuses et est aussi efficace (77). Elle agit à la fois sur le patient mais aussi quotidiennement sur le bien-être de toute l'équipe soignante (75).

- Gestion de la douleur :

La douleur est avant tout l'expression d'une souffrance, elle est subjective. Elle peut être physique (physiologique) ou encore psychologique (79). Pour traiter la douleur, il faut prendre en compte tous ses aspects. En effet, le message douloureux n'est pas simplement nerveux, il est aussi chargé des souvenirs et émotions du patient. Quand la douleur physiologique est bloquée par les anesthésiques, la dimension psychologique est quant à elle toujours présente. L'hypnose va permettre de diminuer cette dimension de pénibilité en agissant sur le message douloureux, permettant au patient de le décharger de ses émotions et souvenirs négatifs. Le patient arrivera alors à mieux contrôler ses douleurs chroniques et améliorera donc sa qualité de vie (79;81). De plus, la douleur serait exacerbée par l'anxiété et la peur, surtout si cette peur fait suite à une expérience douloureuse antérieure (80). Selon M.H. ERICKSON, l'expression de la douleur est régie par la règle des 3 tiers : 1/3 de douleur réelle ; 1/3 d'anticipation ; 1/3 de souvenir (10).

L'hypnose serait donc une solution efficace pour gérer la douleur au cabinet dentaire sur deux aspects. Elle agirait directement sur le message douloureux, en contrôlant sa composante affective. Le patient relaxé sera également moins sensible à la douleur.

- Confort de soin :

La catalepsie permettrait au patient en état de transe hypnotique, par un réflexe musculaire inconscient, de maintenir sa bouche ouverte plus longtemps, sans ressentir de fatigue musculaire, de gêne ou de douleurs (17). De plus, nous observons chez les patients soignés sous hypnose une distorsion du temps. Le patient a l'impression que le soin a duré moins longtemps et donc tolérera plus facilement des soins longs, comme des traitements endodontiques par exemple (20;35). Enfin, la puissance de la suggestion pourrait permettre d'induire dans certains cas une réduction de la salivation ou des saignements. Exemple de suggestion : « maintenant vous allez fermer tranquillement les robinets de la salive » (17;35).

- Prise en charge psychologique du patient (16-19;35) :

En dentisterie éricksonienne, le chirurgien-dentiste met en place en peu de temps une véritable relation de confiance avec le patient. Il lui demande son consentement et l'implique dans le soin. En considérant son patient et en faisant confiance à ses ressources internes, le praticien va mettre en confiance le patient et lui permettre de gérer lui-même son stress et sa douleur.

Le patient est en effet pris en charge dans sa globalité, ce qui influence énormément la qualité du soin. Nous pouvons alors parler de « thérapie brève » en hypnose clinique car la prise en charge du patient est réalisée de façon générale, autant physique que psychologique. Cette reprise de confiance personnelle lors des soins peut suffire à déclencher chez les patients une reprise de confiance en eux et cela même dans leur vie quotidienne. La relation devient alors plus humaine et permet au praticien de s'accomplir un peu plus d'un point de vue professionnel.

Il est fondamental de noter que la relation patient-praticien au fauteuil dentaire est *inaliénable*. Cela signifie qu'aucune administration ou autre personne n'appartenant pas à l'équipe dentaire proprement dite, ne peut intervenir à ce niveau. C'est strictement confidentiel.

3.2.2 Témoignages de praticiens

Nous observons également que chez certains praticiens formés, l'hypnose a, en plus de l'apport sur le plan professionnel, un impact positif sur leur vie quotidienne.

Voici quelques témoignages confiés lors d'entretiens téléphoniques avec des confrères formés :

- Dr Isabelle P., exerçant en Gironde : « personnellement cela apporte pas mal de choses » ; « l'outil est super » ; « c'est puissant » ; « j'ai pleuré à chaque formation » ; « ça apporte beaucoup » ; « ça adoucit l'exercice quotidien pour le patient et pour nous » ; « j'étais bluffée » ; « les patients sont scotchés » ; « c'est peut-être ce qui sauvera notre exercice ».

- Dr Jean-Marc D., exerçant en région Parisienne : « je regrette de ne pas avoir connu ça avant, c'est évident ! » ; « je recherchais quelque chose qui donnait du confort à moi et au patient sans les shooter à chaque fois » ; « je considère en dehors de l'anesthésie locale que c'est l'acte d'empathie que je peux donner le plus à mes patients » ; « si l'on sent une inquiétude, quelle qu'elle soit, on les emmène autre part » ; « si le patient est stressé, on est épuisé à la fin de l'intervention » ; « c'est bien pour les patients et aussi pour l'équipe thérapeutique » ;
- Dr Pierre P., exerçant dans le Rhône : « le rapport avec le patient est pour moi le point le plus intéressant » ; « apporter du confort au patient et au praticien » ; « forme de révélation » ; « une qualité d'exercice, un confort d'exercice » ; « être dans le relationnel » ; « ça apporte beaucoup de satisfaction » ; « on est plus des robots, on devient thérapeute dans une plus grande dimension et la profession devient alors beaucoup moins frustrante sur plusieurs plans » ; « on lui parle différemment et rien que ça change le rapport avec le patient » ; « peut-être 2 ou 3 minutes de temps mais quel confort ! » ; « c'est une grande satisfaction » ; « écouter le patient et penser qu'on n'est pas des machines ».

Ce praticien a poursuivi sa formation par un D.U. d'hypnose médicale et nous autorise à reproduire une partie de ses remerciements : « Je remercie mon confrère Bruno DELCOMBEL, auquel je dois mon initiation à l'Hypnose Ericksonienne. Précurseur contre vents et marées, il a mis tous son enthousiasme et son énergie à faire connaître et reconnaître par notre profession comme une aide majeure et indispensable ». (P. PETITBON, Hypnose au cabinet dentaire : En quête de sérénité, Mémoire D.U. Hypnose Médicale 2018)

3.2.3 Mise en pratique au cabinet (12-14;16-18)

L'hypnose est naturellement présente, cependant il existe plusieurs façons de l'utiliser quotidiennement au cabinet dentaire.

- La communication hypnotique :

C'est la base de l'hypnose et elle doit être appliquée dans toutes les situations. Il faut commencer par *écouter* et *observer* son patient afin de pouvoir adapter notre communication avec lui et connaître les principaux mécanismes de communication verbale et non verbale afin de pouvoir comprendre les messages du patient et pouvoir utiliser le même langage que lui (35). Le praticien qui observe et adapte sa communication à son patient montre envers lui de l'empathie inhabituelle, le rassure (35). L'objectif de la communication hypnotique est de se mettre « en miroir » avec le patient pour que notre message soit plus facilement interprété et oriente le patient vers une transe positive (49).

Il est donc nécessaire d'adapter notre communication non verbale (22-24) :

- Une voix lente, plus basse et monotone tend à rassurer le patient. On pourra se synchroniser sur son rythme respiratoire et parler de préférence lors de l'expiration.
- Une gestuelle corporelle calme et rassurante, en essayant de se calquer sur les gestes du patient. Il faudra également rester le plus ouvert possible à la discussion (ex. bras décroisés, mains ouvertes, regards, sourires...)

Nous devons enfin faire attention au langage verbal (mots) que nous utilisons :

Comme mentionné précédemment, notre cerveau droit n'entend pas les négations. Si l'on vous demande de ne pas penser à un éléphant rose, vous pensez directement à lui. Il faudra donc adapter notre communication en fonction et surtout éviter des phrases du type « vous n'aurez pas mal, ne vous inquiétez pas... ».

- L'hypnose conversationnelle (22;35;79) :

L'hypnose conversationnelle est simplement l'utilisation de la communication hypnotique en y ajoutant quelques suggestions ou techniques dissociatives (confusion, humour...). Elle permet une entrée un peu plus profonde en transe mais nécessite un minimum de connaissances pratiques en hypnose. En effet, il faut être capable de repérer les indices de la transe afin de pouvoir la contrôler, l'approfondir ou au contraire l'interrompre en fonction des besoins de la séance. C'est la forme la plus utilisée quotidiennement au cabinet dentaire. Elle permet une relaxation suffisante pour faciliter la majorité des soins et s'ajoute à l'anesthésie locale pour permettre une meilleure analgésie.

- L'hypnose dissociative (17-19;35;79) :

L'hypnose dissociative est une utilisation à un stade plus avancé de l'hypnose conversationnelle. En effet, il s'agit d'être capable d'induire une transe dissociative chez un patient et de pouvoir la maintenir tout au long du soin. L'objectif de cette dissociation est d'accompagner une partie du patient dans un voyage imaginaire et agréable, de son choix. Le patient est alors physiquement sur le fauteuil dentaire mais il est mentalement ailleurs. Le praticien formé sera alors capable, en suivant un protocole précis, de gérer des cas un peu plus difficiles de patients phobiques des soins dentaires (ex. traumatismes antérieurs...). Il pourra, en accord avec le patient, y associer d'autres techniques d'hypnoanalgésie pour arriver dans certains cas à remplacer complètement les anesthésiques (ex. reportage D8 du Dr DELCOMBEL). Sa mise en œuvre est simple et rapide, il suffit de suivre un protocole précis d'induction hypnotique. L'application clinique quotidienne va rapidement faire gagner en expérience et en confiance en soi le praticien et cette plus grande aisance se ressentira sur l'ensemble des soins.

- L'auto-hypnose (17-19;35;79) :

L'auto-hypnose est un outil indispensable pour les praticiens. Elle permet de se dissocier de nos émotions négatives quotidiennes afin d'éviter de sombrer dans une transe négative plus profonde. Elle nous permet également de transformer cette transe négative en une transe positive. Le but étant de ne pas impacter la prise en charge du patient suivant ou le reste de notre journée. Nous pouvons aussi l'utiliser pour nous préparer mentalement et physiquement à la venue d'un patient ou d'une séance compliquée, ou à la suite de celle-ci pour récupérer. Il faut compter 10 à 15 minutes pour les praticiens débutants en hypnose mais l'exercice peut rapidement descendre à 3 ou 4 minutes avec de l'entraînement.

L'auto-hypnose nous permet donc de traiter les microtraumatismes quotidiens que l'on peut subir au cabinet dentaire, qui sont normalement absorbés inconsciemment mais qui finissent par s'accumuler et user notre organisme, parfois jusqu'au burn-out. Ses applications ne s'arrêtent pas au cabinet dentaire et peuvent servir à nous préparer, à tous les événements stressants et importants de notre quotidien. (ex. compétition sportive, examen...)

3.3 Hypnose et dentisterie éricksonienne^(inpi) ou comment prévenir le bore-out et le burn-out

3.3.1 Prévenir le bore-out

Nous avons vu précédemment que malgré la quantité de travail à gérer au quotidien, il arrive après quelques années que le praticien se détache de son métier et de ses patients. En effet, une routine quotidienne peut s'installer et le praticien peut perdre petit à petit l'intérêt qu'il avait pour son métier. Une perte d'enthousiasme qui va alors se ressentir fortement sur la qualité des soins et également sur la relation que l'on peut créer avec notre patient.

- Apporter une dimension supplémentaire au soin (17-19 + témoignages) :

L'hypnose en apportant une dimension supplémentaire au soin peut permettre d'amener un intérêt nouveau à notre exercice. En effet, l'hypnose va changer complètement notre relation avec le patient, en permettant une prise en charge humaine plus globale.

- Imaginer un terrain de jeu infini (10;16;17;35) :

Ses utilisations étant très riches et variées, l'hypnose nous offre des possibilités d'applications multiples et un terrain de jeu infini, qui pourra redonner de l'intérêt à notre exercice quotidien.

- Retrouver une source de satisfaction professionnelle : (question 9 de mon questionnaire)

Ce nouvel intérêt pour notre exercice, associé aux retours toujours positifs des patients, est une source de satisfaction immense pour le praticien. La pratique d'une dentisterie éricksonienne est une solution pour s'accomplir professionnellement et également personnellement.

3.3.2 Prévenir le burn-out (16;17;35;83)

Nous allons voir comment la pratique de l'hypnose et d'une dentisterie éricksonienne participerait activement à la prévention du burn-out aux différents stades de la maladie. En effet, dans l'idéal le chirurgien-dentiste est reconnu et apprécié par ses proches et ses patients. Il est passionné et prend du plaisir dans chacun de ses actes. Il n'a également aucun souci financier et est complètement épanoui dans sa vie personnelle. Malheureusement, la réalité est parfois différente. C'est pourquoi l'outil hypnotique va nous permettre, chaque fois qu'il le faut, de prévenir ou de transformer ces moments de tranches négatives en tranches positives. Dans le but de faciliter la gestion de nos soucis et transformer petit à petit notre quotidien. C'est un cercle vertueux qui va se mettre en place et rendre notre quotidien plus agréable, augmentant notre sentiment de bien-être au cabinet dentaire comme à la maison.

Rappelons pour cela les différents types d'applications de l'hypnose au cabinet dentaire, leurs apports et les prérequis nécessaires à leur mise en pratique :

	Apports bénéfiques :	Pré-requis :
<i>Communication hypnotique</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilite la relation ▪ Participe au bien-être du cabinet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comprendre les principes de la communication (verbale, non verbale) ▪ Ecouter et observer ▪ Avoir de l'empathie
<i>Hypnose conversationnelle</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévient et permet de gérer la majorité des situations stressantes au cabinet 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation : Comprendre les procédés hypnotiques (transe, inductions, dissociation, suggestion...)
<i>Hypnose dissociative</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permet de résoudre des situations de stress plus complexes (ex. phobies traumatiques...) ▪ Entraîne une distorsion du temps 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation : Techniques dissociatives ▪ Expérience clinique

<i>Auto-hypnose</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apprendre à gérer ses émotions ▪ Préparation physique et mentale aux évènements stressants ▪ Apprendre à passer d'une transe négative à une transe positive 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation ▪ Exercice et entraînement quotidien
---------------------	---	---

Figure 23 : Les différentes applications possibles de l'hypnose et leurs apports au cabinet dentaire.

Dès les débuts de la mise en place d'une dentisterie éricksonienne au cabinet dentaire, nous pouvons observer des effets bénéfiques sur l'ensemble de l'équipe. Voyons maintenant à quels stades l'hypnose permet de prévenir ou même de traiter le burn-out.

	<u>Phase 1 :</u> Engagement et satisfaction	<u>Phase 2 :</u> Hyperactivité et sur-engagement	<u>Phase 3 :</u> Résistance	<u>Phase 4 :</u> Epuisement	<u>Phase 5 :</u> Effondrement physique et psychologique
<i>Communication hypnotique</i>	✓	✓	✓	✓	
<i>Hypnose conversationnelle</i>	✓	✓	✓		
<i>Hypnose dissociative</i>	✓	✓			
<i>Auto-hypnose</i>	✓	✓	✓	✓	
<i>Hypnothérapie (comme outil en psychothérapie)</i>				✓	✓

Figure 24 : Quelle hypnose utiliser pour prévenir et traiter le burn-out ?

Au quotidien, l'hypnose va nous permettre de trouver les ressources physiques et psychologiques pour surmonter les moments compliqués. L'apport de l'hypnose tant sur le plan professionnel que personnel va permettre de trouver un équilibre naturel et nous éviter de passer au stade suivant de la maladie.

L'hypnose va apporter une dimension supplémentaire aux soins, ajouter un intérêt nouveau à notre exercice, tout en nous permettant de trouver un équilibre psychologique et un confort de soins

indéniable. Il est dans notre intérêt de l'intégrer très rapidement à notre pratique quotidienne, pour le bien-être de la profession et permettre de combattre ce fléau qu'est le burn-out.

Nous finirons ce travail en vous présentant le tableau résumant la pratique d'une dentisterie éricksonienne et son intérêt à la pratiquer au cabinet dentaire :

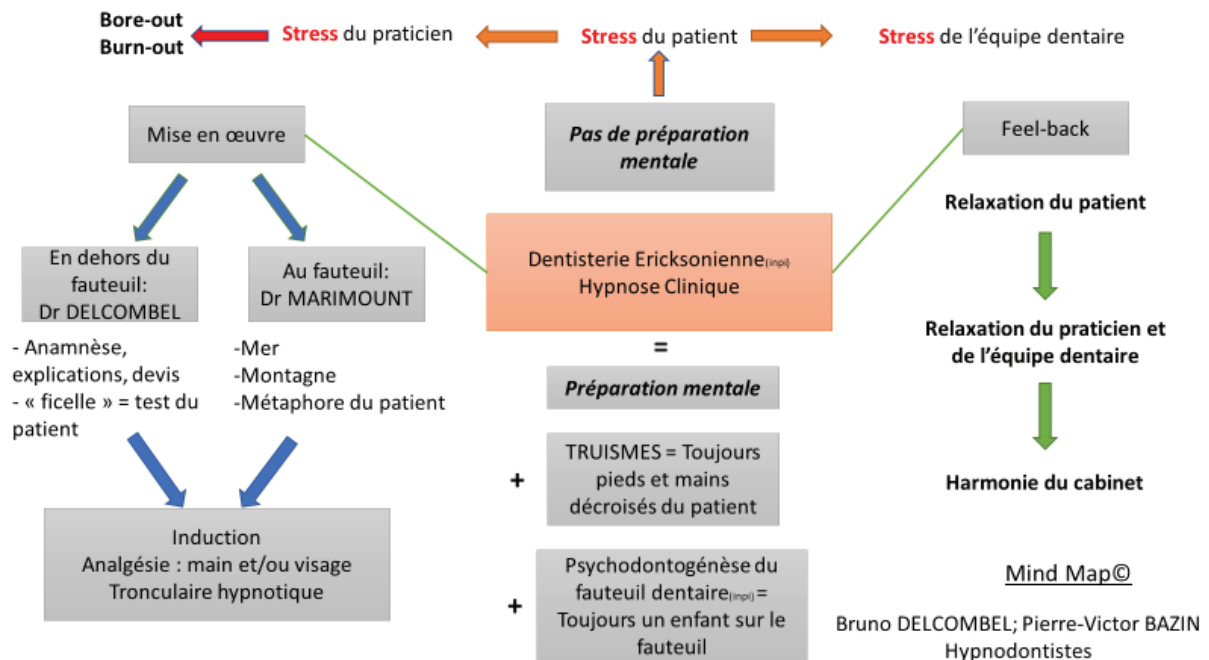


Figure 25 : Adaptation du Mind Map© du Dr. Bruno DELCOMBEL.

Pour résumer la philosophie d'une dentisterie éricksonienne, je peux citer : « La psychologie, l'hypnose et sa pratique mènent à l'altruisme. L'inconscient devenant roi au cabinet dentaire, la relaxation s'installe naturellement... », Dr. Country S. MARIMOUNT, Novembre 2001, Conférence Montréal.

Conclusion

L'évolution de notre société et de notre profession est telle qu'aujourd'hui le chirurgien-dentiste n'échappe pas à ces nouvelles « maladies professionnelles », que sont le bore-out et le burn-out.

Après quelques années d'exercice, le chirurgien-dentiste peut ressentir l'impression d'avoir fait le tour et de ne plus s'épanouir dans son travail, c'est le bore-out. Il est malheureusement encore plus touché par son grand-frère, le burn-out. En effet, nous avons pu voir les diverses raisons qui font que la profession devient de plus en plus stressante. C'est une réelle épidémie qui touche particulièrement les chirurgiens-dentistes et il est temps de trouver des solutions.

L'hypnose clinique et sa mise en pratique quotidienne est l'une des solutions efficaces pour prévenir et traiter ce genre de pathologies. En effet, nous avons pu voir tous les bénéfices offerts par l'application d'une dentisterie éricksonienne au cabinet dentaire. En plus du confort de soins pour les patients, elle met en place pour le praticien et toute son équipe, une dynamique positive, rendant l'exercice bien plus agréable. Elle permet de faciliter la gestion des événements stressants mais replace également l'humain et la relation au cœur de notre profession.

L'hypnose est un phénomène naturel, tous les praticiens doivent savoir qu'elle existe afin d'éviter les erreurs de communication, qui peuvent rapidement compliquer notre travail. En développant simplement nos sens d'observation, d'écoute et d'empathie, nous sommes déjà tous capables de comprendre et d'adapter notre communication, pour notre bien-être et celui de nos patients. C'est un exercice qui peut s'approfondir par des formations, afin d'ajouter un outil nouveau à notre arsenal thérapeutique et nous permettre de pouvoir gérer encore plus facilement tous les types de situations stressantes que nous pouvons rencontrer au quotidien.

Sa mise en pratique va nous permettre petit à petit d'entrer dans un cercle vertueux positif, qui va bouleverser notre vie professionnelle et personnelle. L'hypnose clinique et la mise en place d'une dentisterie éricksonienne au cabinet dentaire serait donc une solution pour lutter contre le bore-out et le burn-out du chirurgien-dentiste.

Ainsi, la philosophie humaniste d'une pratique dentaire éricksonienne, rend hommage au Dr. Milton H. ERICKSON ; qui nous a permis de comprendre l'importance et le rôle de l'inconscient dans notre pratique quotidienne.

Je finirais ce travail par un beau témoignage d'un chirurgien-dentiste, journaliste et écrivain parisien, le Dr. Marc R. :

« La quête du Graal ne m'a jamais quitté, mais aujourd'hui, j'ai mis la main sur cet outil ultime qui a fondamentalement bouleversé ma façon de travailler et qui plus est, a totalement modifié le regard de mes patients sur leur séance. De plus, cet outil universel s'adapte à toutes les spécialités de notre profession. Qu'il s'agisse de dentisterie opératoire, de chirurgie parodontale, implantaire, voire encore de prothèse, ou d'un simple détartrage, qui ceci dit en passant n'est jamais aussi « simple » pour le patient, j'ai découvert « the » truc génial, l'appareil indispensable en toute occasion, le « must-have » du dentiste moderne ! Je sens venir votre impatience, car tout comme moi, vous savez que le Graal est mythique... Alors que dire de plus quand je vous aurai avoué que je détiens aujourd'hui cet outil et qu'il ne m'a rien coûté, non rien, en dehors d'une formation, mais nous l'avons vu, toute nouvelle technique, tout nouvel instrument mérite un apprentissage afin de maîtriser parfaitement son utilisation ? Ah oui ! Cet outil est « Responsive Design » dans la mesure où il s'adapte autant à l'utilisateur, en l'occurrence, le praticien, qu'au patient. L'hypnose est cet outil fantastique. L'hypnose qui induit une transe chez notre patient libère celui-ci de son stress, de sa peur et diminue sa sensibilité. L'acte terminé, le patient sort du cabinet avec le sourire et un souvenir positif de sa séance. Comment ai-je pu exercer ces dernières années sans ce support clinique ? Je rentre serein après une journée de cabinet, et cela aussi n'a pas de prix. »

Bibliographie

1. Michaux D. Les sources du magnétisme: le magnétiseur psychologue ou sorcier?. *Journal de la Société Française d'Hypnose: Actes de la Journée du 27 Septembre 1986: « Du Magnétisme à l'Hypnose »* 1987, (2):39-49.
2. Michaux D. Histoire de l'Hypnose. Institut Français d'Hypnose.
<https://www.hypnose.fr/hypnose/hypnose-histoire/>
3. Barry W. Histoire de l'hypnose. La-rochelle-hypnose.com.
<http://la-rochelle-hypnose.com/histoire-de-hypnose.php>
4. Mairlot E. Histoire de l'hypnose. Institut de Nouvelle Hypnose.
<https://www.nouvellehypnose.com/index.php/hypnose/l-histoire-de-l-hypnose>
5. Vion-Dury J, Mougin G. L'expérience consciente dans les psychothérapies (II): Réflexions épistémologiques sur le phénomène hypnotique 2018.
6. Filhol E. La suggestion, hypnose, influence, transe sous la direction de Daniel Bougnoux. *Communication et langages* 1992, (91):127.
7. Andrée M. Le 500e anniversaire de Paracelse. *L'Agora* 1994, Vol. 1, Num 4.
8. Tallis F. A History of the unconscious, *Arcade Publishing New-York* 2002:22-23.
9. Bernheim H. Hypnotisme et suggestion : doctrine de la Salpêtrière et doctrine de Nancy. *Bull Psychol* 2002, 55(460):414-9.
10. Haley J. Un thérapeute hors du commun : Milton H. Erickson. *Edition EPI* 1973:13-48.
11. Michaux D. Milton H. Erickson (1901-1980) : un personnage phare de l'hypnose. Institut Français d'Hypnose 2011. <https://www.hypnose.fr/hypnose/hypnose-ericksonienne/>
12. Sitbon H, Bioy A. L'hypnose et l'hypnothérapie aujourd'hui. *Perspectives Psy* 2005, Vol 44, Num 5:339-340.
13. Benhaïem J.M, Roustang F. L'hypnose ou les portes de la guérison. *Edition Odyl Jacob* 2012:9.
14. Bioy A. Qu'est-ce que l'Hypnose ?, Institut Français d'Hypnose 2019.
<https://www.hypnose.fr/hypnose/definition-hypnose/>
15. Michaux D. La représentation sociale de l'hypnose conséquence sur la connaissance et la pratique de l'hypnose : L'Hypnose et l'hypnothérapie aujourd'hui. *Perspect Psychiatre* 2005, 44(5):341-345.

16. Delcombel B. Hypnose es-tu là ? *Le fil dentaire* 2014.
17. Delcombel B. Hypnose clinique : Pose d'un implant éricksonien. *Le fil dentaire* 2009.
18. Benhaïem J.M. L'hypnose médicale. *Med-Line Edition* 2003:78-93.
19. Galy M. Pourquoi l'hypnose? : Du bloc opératoire à la vie quotidienne. *Sauramps Médical* 2015:29-85.
20. Josse E. Quels sont les indices d'une transe hypnotique ? *Résilience Psy* 2013.
21. Roques M, Pourpart F, Keller P.H, Pirlot G. Enjeux relationnels inconscients dans la « relation-placebo » : les rôles du transfert, de la suggestion et de l'ambivalence. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2014, Vol 172, Issue 10:873-878.
22. Bernard F, Muselle H, Gaertner E, La communication dans le soin. Hypnose médicale et technique relationnelles. *Edition Arnette* 2013:9-39.
23. Mehrabian, A. Nonverbal Communication. *New Brunswick, NJ, Aldine Transaction* 2007.
24. Hennel-Brzozowska A. La communication non-verbale et paraverbale, perspective d'un psychologue. *Synergies Pologne* 2008, Num 5:21-30.
25. Bonaiuto M, Maricchiolo F. La comunicazione non verbale. *Roma : Carocci Editore* 2007.
26. Keller P.H. Le dialogue du corps et de l'esprit. *Edition Odile Jacob* 2006:35-41.
27. Bourion C. Le Bore-out syndrom: Quand l'ennui au travail rend fou. *Edition Albin Michel* 2015.
28. Britton A, Shipley M J. « Bored to death? ». *International Journal of Epidemiology* 2010.
29. Meda D, Vendramin P. Les générations entretiennent-elles un rapport différent au travail ? *SociologiesS* 2010.
30. Maslach C, Leiter M. Burn-out : le syndrome d'épuisement professionnel. *Edition Les Arènes* 2011.
31. Inserm. Stress au travail et santé : Situation chez les indépendants. *Collection expertise collective* 2011:120-126.
32. Maslach C et col. Burn-out: l'épuisement professionnel. *Presses du Belvédère* 2006.
33. Olié J P, Légeron P. Le Burn-out. *Rapport à l'Académie nationale de médecine* 2016.
34. Edelwich J, Brodsky A. Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions. *Ed Paperback* 1980.

35. Virot C. Hypnose et burn-out dentaire 2012.
<https://www.hypnoses.com/bibliotheque-hypnose/hypnose-burn-out-dentaire/>
36. Maslach C, Schaufeli W. Historical and conceptual development of burnout. In : Professionnal burnout : recent developments in theory and research. *Washington D.C. Taylor and Francis* 1993:1-16.
37. Floru R, Cnockaert J.C. Stress professionnel et Burnout. *Les cahiers de l'Actif* 1998, numéro 264/265:25-40.
38. Decroix-Laporte C. Burn-out. *Aedis, Collection Petit guide* 2018, Num 451.
39. Bernard B P. Musculoskeletal disorders and workplace factors. A critical review of epidemiologic evidence for workrelated musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity and low back. *Washington DC : U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, CDC and NIOSH* 1997.
40. Yusuf S, Hawken S, Ounpou S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries. (The INTERHEART Study). A case-control study 2004, 364:937-52.
41. Légeron P. Le stress professionnel. *L'Information psychiatrique* 2008, Vol 84:809-820.
42. International Labour Organization (ILO). Stress at work. Programme on Safety and Health at Work and the Environment. *Genève Safe Work* 2002.
43. Brun J P. La santé psychologique au travail: de la definition du problems aux solutions. *IRSST Montréal: Université Laval-Québec* 2005.
44. Légeron P. Le stress au travail. *Paris : Edition Odile Jacob* 2003.
45. Rigal E, Micheau J. Le métier de chirurgien-dentiste : caractéristiques actuelles et évolutions : une étude qualitative. *Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, ONDPS* 2007.
46. Mer G, Aknine B. Le respect des obligations légales et règlementaires du chirurgien-dentiste, *Rev Orthop Dento Faciale* 2018, 25;52(3):235-253.
47. Ginistry J. Résultats de l'enquête relative aux maladies professionnelles dans chirurgiens-dentistes. *Ball Acad Nat le Chir Dent* 2002, 45(4):107-113.
48. Gorter R.C, Storm M.K, Te Brake J.H. and coll. Outcome of career expectancies and early professionnal burnout among newly qualified dentist. *International Dental Journal* 2007, 57(4):279-285.
49. Rizzolati G, Sinigaglia C. Les neurones miroirs. *Edition Odile Jacob, Sciences* 2008.
50. Missika P, Rahal B. Droit et chirurgie dentaire, prévention expertises et litiges. *Paris CDP* 2006.

51. Pozos Radillo B E, Tórrez López T M, Aguilera Velasco M L, Acosta Fernández M, González Perez G J. Stress-associated factors in Mexican dentists. *Braz Oral Res* 2008, 22(3):223-228.
52. Collin V, Toon M, O'Selmo E, Reynolds L, Whitehead P. A survey of stress, burnout and well-being in UK dentists. *British Dental Journal* 2019, 226(1):40-49.
53. UNECD, Le mal-être des étudiants en odontologie : Parlons-en et agissons !, *Dossier de presse* 2018. <http://unecd.com/wp-content/uploads/2018/10/Dossier-presse-bien-etre-UNECD-VF.pdf>
54. Collet M, Sicart D. Les chirurgiens-dentistes en France - situation démographique et analyse des comportements en 2006. Etudes et résultats n° 594, DREES 2007.
55. Collet M, Sicart D. La démographie des chirurgiens-dentistes à l'horizon 2030. Etudes et résultats n°595, DREES 2007.
56. Limieux H, Bourassa M, Blondin J.P. Effets psychologiques chez le dentiste de l'exposition au bruit des instruments utilisés en cabinet dentaire, *Journal Dentaire de Québec* 1987.
57. Appukuttan D.P. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia : littérature review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry* 2016:35-50.
58. Moore R, Brodsguard I. Dentist' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001, 29:73-80.
59. Brahm C.O, Lundgren J, Carlsson S.G, Nilsson P, Corbeil J., Hagglin C. Dentists' views on fearful patients, problems and promises. *Swed Dent Journal* 2012, 36(2):79-89.
60. Myers H.L, Myers L.B. It's difficult being a dentist : stress and health in the general dental practitioner. *British Dental Journal* 2004, Vol 197, Num 2:89-93.
61. Prinz P, Hertrich K, Hirschfelder U. and coll. 2012, Burnout, depression and depersonalisation – Psychological factors and coping strategies in dental and medical students. *GMS Z Med Ansbild*, Vol 9 (1):10-20.
62. Delbrouk M. Le burnout du soignant. Bruxelles : De boeck, Larcier 2003.
63. Truchot D. Le burn-out des médecins généralistes : influence de l'iniquité perçue et de l'orientation communautaire. *Ann Médico-psychol, Rev Psychiat* 2009, 167 (6):433-428.
64. Ayers K M, Thomson W M, Newton J T and coll. Job stressors of New Zealand dentists and their copin strategies. *Occup Med (Lond)* 2009, 59(3):142-148.
65. Bourassa M. Le stress en médecine dentaire, In : Bourassa M. Dentisterie Comportamentale : Manuel de Psychologie appliquée à la médecine dentaire. France : Edition Frison-Roche 1998.
66. Binhas E. Pistes de réflexion pour exercer sereinement son activité professionnelle, *Clinic* 2004, Vol 25, Num 3.

67. Binhas E. Indépendance financière, *Clinic* 2005, Vol 26.
68. Savard G. Démographie professionnelle (2): financer autrement ? *Clinic* 2008, Vol 29.
69. ONCD, Burn out chez les chirurgiens-dentistes : Le choc. *La Lettre* 2018, Num 166.
70. Heidiri E. Fear of the dentist: what is dental phobia and dental anxiety ?, *TheConversation.com* 2019.
71. Auteur inconnu, Près de la moitié des Français ont toujours peur du dentiste, Sondage Opinion Way. *Ouest-France* 2016.
72. Auteur inconnu, L'OMS ne reconnaît pas le burn-out comme une maladie. *LeFigaro.fr* 2019.
73. Bioy A, Wood C. Hypnosis, pain and palliative care, *Médecine Palliative : Soins de Support – Accompagnement – Ethique* 2013, Vol 12 (3):131-135.
74. Benhaïem J.M. Le choix de l'hypnose pour soulager la douleur. *La Douleur, des recommandations à la pratique* 2009, Num 7:1-12.
75. Schaerlaekens M. Hypnose et odontologie : l'eau et le feu. *Rev Belge Med Dent* 2003, Vol 2:118-125.
76. Eitner S, Schultze-Mosgán S, Heckmann J and coll. Changes in neurophysiology parameters in a patient with dental anxiety by hypnosis during surgical treatment. *J Oral Rehabil* 2006, 33(7):496-500.
77. Jugé C, Tubert-Jeannin S. Effets de l'hypnose lors des soins dentaires. *La Presse médicale* 2013, Vol 42, Issue 4, Part 1:114-124.
78. Smaga D, Cheseaux N, Forster A, Colombo S., Rentsch D, de Tonnac N. L'hypnose et les troubles anxieux. *Rev Med Suisse* 2010:330-333.
79. Bioy A. Hypnose et douleur : connaissances actuelles et perspectives. *Rev Med Suisse* 2012.
80. Al Absi M, Rokke P D. Can anxiety help us tolerate pain?. *Pain* 1991, 46:43–51.
81. Vlaeyen J W S, Crombez G. La psychologie de la peur et de la douleur. *Revue du Rhumatisme* 2009, Vol 76:511-516.
82. Virot C, Bernard F. Hypnose, douleurs aiguës et anesthésie. *Arnette* 2010.
83. Barbarit-Zimmer C. Burn-out au cabinet : l'hypnose peut-elle y remédier ?. *Dental Espace* 2016. <https://www.dentalespace.com/praticien/blog/le-burn-out-au-cabinet-hypnose-peut-elle-y-remedier/>

84. Moreno M. Négociations conventionnelles : grève des étudiants en chirurgie-dentaire, Communiqué de presse AECDL 2017.

85. FSDL. La FSDL suspend sa participation aux négociations conventionnelles du 06/01/2017 suite aux nouvelles propositions de l'UNCAM, toujours, inacceptables. Communiqué de presse FSDL 2017. <https://www.fSDL.fr/la-fSDL-suspend-sa-participation-aux-negociations/>

86. Auteur inconnu. Une convention qui oriente la prise en charge et la rémunération des soins dentaires. Ameli.fr 2018. <https://www.ameli.fr/rhone/chirurgien-dentiste/textes-reference/convention/convention-nationale-2018-2023>

N° 2019 LYO 1D 079

BAZIN Pierre-Victor - Hypnose clinique et dentisterie éricksonienne^(inpi) VS Bore-out et Burn-out

Résumé :

Le bore-out et le burn-out sont des pathologies encore mal reconnues mais qui sont en constante augmentation ces dernières années. Il se trouve que la profession de chirurgien-dentiste est l'une des plus touchées. En effet, près de 60% des chirurgiens-dentistes seraient au stade d'épuisement professionnel et plus d'un sur trois serait en burn-out. C'est pourquoi il est temps de s'interroger sur les raisons de ce mal-être et de trouver des solutions. Parallèlement, nous constatons le développement de l'hypnose clinique en France. Dans ce document nous étudierons l'outil hypnotique et une approche éricksonienne de la dentisterie, proposant un remède naturellement efficace, permettant à l'équipe dentaire d'exercer de façon plus agréable.

Mots clés :

- Hypnose clinique
- Dentisterie éricksonienne
- Bore-out
- Burn-out

<u>Jury :</u>	Président :	Monsieur le Professeur Jean-Christophe MAURIN
	Assesseurs :	Monsieur le Professeur Cyril VILLAT Monsieur le Docteur Christophe JEANNIN <u>Madame la Docteure Julie SANTAMARIA</u>
	Invité :	Monsieur le Docteur Bruno DELCOMBEL

Adresse de l'auteur :

Pierre-Victor BAZIN
484 Chemin des évéquaux
38330 BIVIERS