

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉS DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année de soutenance : 2018 N° :

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

Présentée et soutenue publiquement le 19 OCTOBRE 2018

Par Arnaud VERGOTTE

Né le 21 DÉCEMBRE 1990 à Roncq – France

Le Burn-out chez le chirurgien-dentiste et sa gestion
par l'hypnose.

JURY

Président : Monsieur le Professeur Guillaume PENEL

Assesseurs : Monsieur le Docteur Claude LEFEVRE

Madame le Docteur Cécile OLEJNIK

Madame le Docteur Claire PERUS

Membre(s) invité(s) :

Madame le Docteur Catherine LEROY

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

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

Réglementation de présentation du mémoire de Thèse

Par délibération en date du 29 octobre 1998, le Conseil de la Faculté de Chirurgie Dentaire de l'Université de Lille 2 a décidé que les opinions émises dans le contenu et les dédicaces des mémoires soutenus devant jury doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'ainsi aucune approbation, ni improbation ne leur est donnée.

Remerciements :

A mon jury :

Monsieur le Professeur Guillaume PENEL
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier Section Chirurgie Orale,
Parodontologie, Biologie Orale
Département Biologie Orale
Docteur en Chirurgie Dentaire Docteur en Odontologie de l'Université René
DESCARTES (PARIS V)
Certificat d'Études Supérieures d'odontologie Chirurgicale Habilitation à Diriger des
Recherches Vice-Doyen Recherche de la Faculté de Chirurgie Dentaire
Responsable du Département de Biologie Orale.

*Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de reprendre la
présidence de ce jury. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et veuillez trouver ici
l'expression de mon profond respect pour votre rigueur, la généreuse transmission de
votre savoir et la qualité de votre enseignement.*

Monsieur le Docteur Claude LEFEVRE
Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier des CSERD
Section Réhabilitation Orale
Département Prothèse
Docteur en Chirurgie Dentaire Docteur en Odontologie de l'Université de Lille 2
Responsable des Relations avec l'Ordre et avec les Partenaires Industriels.

*Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse et je vous en remercie.
Merci pour votre aide, vos conseils dans l'organisation de cette thèse, et ce ne fut pas
de tout repos. Que ce travail soit le témoignage de l'expression de mon plus profond
respect.*

Madame le Docteur Cécile OLEJNIK

Maître de Conférence des Universités –Praticien Hospitalier des CSERD

Section Chirurgie Orale, Parodontologie, Biologie

Département Biologie Orale

Docteur en Chirurgie Dentaire

Docteur en odontologie de l'Université de Lille 2

Je vous remercie pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury. Je vous remercie également pour votre pédagogie, votre patience et votre bonne humeur. Que ce travail soit le témoignage de l'expression de mon plus profond respect.

Madame le Docteur Claire PERUS
Assistante Hospitalo-Universitaire des CSERD
Section Réhabilitation Orale
Département Sciences Anatomiques

Je te remercie pour m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre de mon jury. Je te remercie aussi de ton amitié durant notre cursus commun.

Madame le Docteur Catherine LEROY

Docteur en Médecine.

Médecin Vasculaire .

Diplôme Universitaire d hypnose Médicale Paris 6.

Responsable de l unité d enseignement librement choisie d hypnose Médicale à la faculté de chirurgie dentaire de Lille

*Je vous remercie de m'avoir fait découvrir l'hypnose et approcher au plus près du burn-out.
Merci de votre disponibilité et votre pédagogie durant l'élaboration de cette thèse ...*

Table des matières

1. Introduction.....	12
2. Le Burn-out.....	13
2.1. Définitions usuelles.....	13
2.1.1. Syndrome d'épuisement professionnel de santé (SEPS).....	13
2.1.2. Burn-out Syndrome.....	13
2.1.3. Karoshi.....	13
2.1.4. Bore-out.....	13
2.2. L'évolution du concept.....	14
2.2.1. Selon FREUDENBERGER.....	14
2.2.2. Selon MASLACH.....	14
2.2.3. Selon PERLMAN et HARTMANN.....	15
2.3. Mécanisme du Burn-out.....	16
2.3.1. Le trépied du burn-out.....	16
2.4. Qu'est que le stress ?.....	18
2.4.1. Généralités.....	18
2.4.2. D'un point de vue physiologique.....	18
2.4.3. D'un point de vue psychologique.....	19
2.5. Le coping et les ressources.....	19
2.5.1. Le coping.....	19
2.5.1.1. Définition du coping.....	20
2.5.1.2. Les stratégies.....	20
2.5.1.3. Les effets.....	21
2.5.1.4. Les coping pro-actif.....	22
2.5.2. Les ressources.....	22
2.5.2.1. Qu'est-ce qu'une ressource ?.....	22
2.5.2.2. Les deux principes.....	23
2.6. Les causes du Burn-out chez le chirurgien- dentiste.....	24
2.6.1. Au niveau organisationnel.....	24
2.6.2. Au niveau interindividuel.....	24
2.6.3. Au niveau Intra-individuel.....	25
2.7. Les symptômes du Burn-out.....	25
2.7.1. Niveau Émotionnel.....	26
2.7.2. Niveau Intellectuel.....	26
2.7.3. Niveau Corporel.....	26
2.7.4. Niveau Comportemental.....	26
2.7.5. Niveau Relationnel.....	27
2.8. Comment dépister ?.....	27
2.8.1. L'échelle MBI.....	27
2.8.2. Test épuisement professionnel de FREUDENBERGER.....	30
2.9. Diagnostics différentiels.....	31
2.9.1. Maladies organiques.....	31
2.9.2. Dépression.....	32
2.9.3. Troubles de la personnalité.....	32
2.9.3.1. Personnalité dépendante.....	32
2.9.3.2. Personnalité obsessionnelle compulsive.....	32
2.9.3.3. Personnalité narcissique décompensée.....	32

2.9.4. Spectre bipolaire/spectre maniaco-dépressif.....	32
2.10. La prévention.....	33
2.10.1. La prévention primaire.....	33
2.10.1.1. La santé.....	33
2.10.1.1.1. Physique.....	33
2.10.1.1.2. Psychique.....	33
2.10.1.1.3. Le sommeil.....	34
2.10.1.1.4. Le stress.....	35
2.10.1.1.5. Le temps et l'organisation.....	35
2.10.2. La prévention secondaire.....	36
2.10.2.1. L'auto-évaluation.....	37
2.10.2.2. Le renforcement de l'estime de soi.....	37
2.10.3. La prévention tertiaire.....	38
2.10.4. Le traitement.....	38
3. L'hypnose.....	43
3.1. Définition par le vocabulaire de l'hypnose.....	43
3.2. L'hypnose à travers l'histoire.....	43
3.2.1. La naissance et l'évolution du magnétisme.....	43
3.2.2. Les débuts de l'hypnose thérapeutique.....	45
3.3. Schématisation du processus hypnotique.....	46
3.4. L'hypnose Ericksonnienne : ses principes.....	49
3.5. Les grandes lignes de l'hypnothérapie.....	51
3.5.1. Alliance thérapeutique.....	51
3.5.2. L'induction.....	54
3.6. Le traitement.....	55
3.6.1. Le langage hypnotique.....	55
3.6.2. Aide à l'induction.....	59
3.6.2.1. Le rythme d'une induction moderne.....	59
3.6.2.2. Dans la pratique.....	60
3.6.3. Les suggestions.....	62
3.6.4. Les altérations de perception par l'hypnose.....	63
3.6.4.1. De temps.....	63
3.6.4.2. Amnésique.....	63
3.6.4.3. Sensorielle et corporelle.....	63
3.7. La prévention du burn-out par hypnose.....	63
3.7.1. Phase de prévention primaire.....	64
3.7.2. Phase de prévention secondaire.....	65
3.7.3. Phase de prévention tertiaire et le traitement.....	65
3.8. Auto-hypnose.....	66
3.8.1. Pourquoi l'auto-hypnose ?.....	66
3.8.2. La mise en place.....	66
3.8.2.1. Où ?.....	66
3.8.2.2. Quand ?.....	67
3.8.2.3. Comment ?.....	67
3.9. L'hypnose en dentaire.....	68
3.10. Comment se former ?.....	71
3.10.1. Les formations universitaires.....	71
3.10.2. Les autres formations.....	71
4. CONCLUSION :.....	73
5. Bibliographie.....	74

1. Introduction

Le burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel est un mal grandissant dans notre société. C'est un syndrome qui touche toutes les couches socio-professionnelles. Le métier de chirurgien-dentiste ne déroge pas à la règle. Il en est même un des plus touchés en France.

Le dentiste est de plus en plus mis sous pression par les patients, le contexte social, des techniques toujours plus rigoureuses, mais aussi par son exigence, son sens de l'autocritique.

Le dentiste est au cœur du soin, il doit être centré sur le patient et à l'écoute de tout le monde. Ses problèmes personnels et professionnels ne doivent pas interférer avec son attitude et la prise en charge du patient. Face à d'éventuels problèmes d'ordre psychologiques, il doit toujours paraître en bonne santé. C'est dans ce contexte que le praticien peut basculer dans un burn-out.

Cette thèse n'a pas pour optique de soigner ou guérir du burn-out, mais de comprendre et prévenir au mieux la survenue du celui-ci ?

De nombreuses solutions existent pour atténuer, voire supprimer/faire disparaître ce syndrome d'épuisement. Dans cette thèse, nous allons nous focaliser sur l'hypnose et ses dérivés. Ces techniques nous permettront d'améliorer deux aspects de notre profession : la gestion du patient par l'hypnose et une amélioration de notre qualité de vie aussi bien professionnelle que personnelle.

2. Le Burn-out

2.1. Définitions usuelles

2.1.1. Syndrome d'épuisement professionnel de santé (SEPS)

SEPS est la formulation officielle française du burn-out. Cette expression n'est généralement pas retenue par la communauté scientifique car désignée comme trop vague, générale et pas assez imagée pour le grand public. Initialement, les études sur le burn-out concernaient essentiellement les professions à forte relation humaine telles que les médecins, d'où la précision professionnel de santé. (1)

2.1.2. Burn-out Syndrome

L'expression américaine apparue en 1965 est actuellement celle retenue car la plus parlante. To burn signifie brûler. Cette image renvoie directement à la notion de combustion des ressources internes de la personne. (1)

2.1.3. Karoshi

Karoshi est un mot japonais pour le burn-out. Il se décompose en deux : « Karo » signifiant « Mort » et « shi » signifiant « par » supposément le travail. Le Karoshi est un « burn-out » poussé à l'extrême. C'est un phénomène peu décrit dans le monde occidental. Il est provoqué par une cadence de travail, peu appliquée Europe. Le phénomène Karoshi est caractérisé comme foudroyant.

C'est une mort par usure au travail, qui se manifeste par des problèmes cardiovasculaires, une hypertension maligne ou un infarctus du myocarde. (2,3)

2.1.4. Bore-out

Le Bore-out ne doit pas être confondu avec le burn-out. To bore signifie ennuyer. Le bore-out est caractéristique des métiers inintéressants, dévalorisés, sans défi à relever et monotones. Cela entraîne de l'ennui, de l'insatisfaction, la perte d'estime de soi et favorise la dépression, le stress puis le bore-out. Depuis une dizaine d'années, le bore-out a été décrit comme une variante du burn-out. Les symptômes développés sont identiques, seuls les facteurs changent.

2.2. L'évolution du concept

2.2.1. Selon FREUDENBERGER

En 1975, le Pr H. FREUDENBERGER est le premier scientifique à décrire ce phénomène. Psychiatre d'un hôpital new-yorkais, il constate chez les bénévoles de son service, au bout d'un an, des signes communs, tant au niveau comportemental (perte d'enthousiasme, colère, irritation, incapacité à s'adapter à de nouvelles situations...), que physique (épuisement, fatigue, insomnie, troubles gastriques...).

Pour lui, le terme de « burn-out » était une bonne métaphore. Cette métaphore signifie en anglais : « s'user », utiliser toutes ses forces ou ses ressources. Cette métaphore renvoie à l'image de la flamme de bougie qui éclaire intensément autour d'elle, tout en se consommant petit à petit. La flamme finit par s'atténuer et s'éteindre.

Le Pr H.FREUDENBERGER définit le burn-out comme « le syndrome d'un effondrement, un épuisement ou une fatigue extrême, provenant d'une demande excessive d'énergie, de forces ou de ressources. »

Le Pr H.FREUDENBERGER définit le type d'individu le plus susceptible de développer un burn-out. Selon lui, ces personnes idéalisent leur soi, se perçoivent comme dynamiques, charismatiques, compétents. Ils perdent l'image de leur véritable soi, ce qui les empêche d'atteindre leurs objectifs. Il s'agit de la « *maladie de l'âme en deuil de son idéal* ». Pour lui, le facteur individuel est important, c'est l'engagement dans le travail qui déterminera l'intensité du burn-out.

La personne touchée perd tout intérêt pour son travail. Le burn-out se retrouve surtout quand il y a eu une forte implication aboutissant à un échec. FREUDENBERGER le définit comme étant « *la maladie du battant* ». (4)

2.2.2. Selon MASLACH

Le Pr C. MASLACH, chercheuse en psychologie sociale, étudie les mécanismes d'autodéfense que les patients développent contre les agressions psychiques extérieures, dues au travail.

Ses études, basées sur l'observation de milieu médical, mettent en évidence des mécanismes tels que l'objectivation ou la déshumanisation du patient ainsi que l'inquiétude distante ou le détachement émotionnel et la perte d'empathie.

Elle décrit deux situations émotionnelles et professionnelles pour le personnel favorisant la survenue du burn-out :

- les situations dites gratifiantes, survenant après avoir réussi à soigner le patient.
- les situations stressantes telles la prise en charge des patients difficiles, les annonces de diagnostic et de pronostic et les conflits internes au service. (5)

Contrairement au Pr FREUDENBERGER, elle s'appuie sur l'importance des facteurs environnementaux, ce qui lui permet d'élargir à toute personne travaillant avec une forte interaction avec les autres. Elle remet les relations interpersonnelles au cœur du burn-out. D'après le Dr FABER *le burn-out est apparenté aux « désordres psychosociaux »* et correspond à un stress professionnel prolongé dont le corps n'aurait plus les ressources nécessaires pour le surmonter. (6)

Le Pr MASLACH décrit trois dimensions dans le processus d'évolution du Burn-out :

- La fatigue émotionnelle ;
- La dépersonnalisation ;
- La diminution de l'accomplissement personnel.

C'est à partir de cette base que le Pr MASLACH élabore un questionnaire de 22 questions afin d'aider à diagnostiquer et étudier le burn-out. L'échelle MBI (Maslach Burnout Inventory) reste à ce jour, la référence.

2.2.3. Selon PERLMAN et HARTMANN

Les Dr PERLMAN et Dr HARTMANN ont constaté que le syndrome d'épuisement est encore mal défini. Ils ont essayé de synthétiser toutes les propositions à ce jour par la définition suivante :

« Le burn-out est une réponse au stress émotionnel chronique avec 3 dimensions :

- *l'épuisement émotionnel ou physique,*
- *la diminution de la productivité,*
- *la dépersonnalisation. » (7)*

En conclusion, les causes d'un burn-out sont multifactorielles, variées, concomitantes, mais la prise en charge reste un aspect très personnel.

L'une des conditions pour avoir le syndrome du burn-out est d'être surinvesti dans son travail. Le burn-out ne peut pas apparaître chez une personne non-investie dans son travail ou sa tâche, mais elle pourra toutefois, être sujette aux démences, au stress ou à la dépression.

C'est pourquoi, il est proposé de retenir sur la citation de Dr BEDART et Dr DUQUETTE : « *L'épuisement professionnel (...) est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens.* » (8)

2.3. Mécanisme du Burn-out

La survenue du burn-out se décline en quatre phases.

La phase enthousiasme idéaliste : le praticien s'investit plus que nécessaire pour remplir l'image qu'il se fait de son métier. Il peut se produire un transfert du patient au praticien. Ce transfert, suivi d'une reconnaissance insuffisante du patient, est l'un des facteurs d'épuisement du professionnel de santé.

La stagnation s'installe. Elle se manifeste par une perte d'intérêt et un travail qui ne suffit plus à combler toutes ses attentes.

Le praticien rentre dans **la phase de frustration**. C'est le moment de la remise en question de soi, de son travail et de ses valeurs.

Le praticien finit dans une apathie. C'est **la phase de l'évitement**. Cette phase engendre une frustration professionnelle chronique et une nécessité de travailler pour survivre. L'évitement se fait par une diminution de l'activité et des défis. (9)

2.3.1. Le trépied du burn-out

MASLACH et JACKSON décrivent le burn-out comme une escalade du stress au travail.

L'épuisement émotionnel est une fatigue ressentie au travail, autant du point de vue physique que mental. Le praticien est de moins en moins en relation avec les émotions de ses patients.

Par exemple : « Un patient demande avant le début des soins : « -Docteur ! Je ne vais pas avoir mal, hein !? -Mais non. » Durant le soin, le praticien va omettre les signes de souffrance du patient. Le praticien ne désamorçera pas la détresse du patient. »

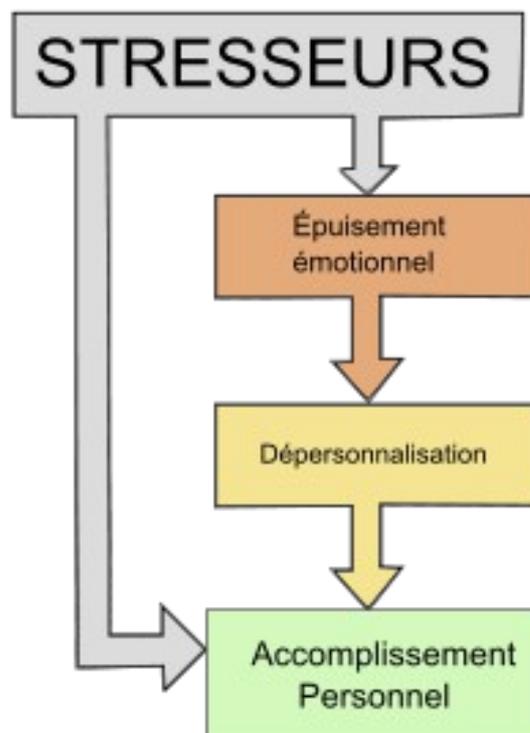
Dans la phase d'épuisement émotionnelle, il est courant d'assister à :

- des explosions émotionnelles,
- des difficultés à la concentration.

Avec l'image du praticien tout puissant, jamais malade, et sachant tout soigner, le praticien ne peut montrer aucune vulnérabilité. Le mécanisme de défense du praticien touché par le burn-out s'apparente à de la froideur ou à une mise en place d'une certaine distance avec le patient.

La déshumanisation de la relation à l'autre ou cynisme se manifeste par un détachement envers le patient. Le praticien ne voit plus le patient dans sa globalité, mais, uniquement dans sa pathologie ou son organe : « J'ai mon RTE sur 18 à 18h », ou l'humour noir s'installe : « On ne s'ennuie pas ! On arrache tout et PAT ! ». Le diagnostic est difficile dans ce genre de cas, tant ce syndrome s'installe discrètement.

Le sentiment d'échec professionnel est la conséquence des deux états précédents. C'est le moment où le praticien remet en cause ses capacités et lui-même. La culpabilité, la dévalorisation et la démotivation naissent. On en revient à l'apathie, le dentiste a tendance à augmenter ses horaires pour combler ce sentiment tout en ayant une baisse d'efficacité. (10)



Le processus de burn-out d'après le modèle tridimensionnel de Maslach et Jackson.

2.4. Qu'est que le stress ?

2.4.1. Généralités

Au cabinet dentaire, le stress se trouve partout et se décline sous différentes formes.

Le **stress aigu** se caractérise par une situation brutale et imprévue (conflits avec un patient ou assistante, fracture instrumentale, extraction complexe...). C'est une menace facilement identifiable. Cette situation nous plonge dans un état d'anxiété pouvant se manifester par de la tachycardie, une hyper-sialorrhée ou une xérostomie momentanée. Le retour physiologique et psychologique à la normale se produit avec l'éloignement dans le temps de l'élément stressant.

Le **stress chronique** est une exposition prolongée, latente à des facteurs de stress plus ou moins connus du patient. Il y a un phénomène d'accumulation qui peut induire des pathologies aussi bien physiques (insomnie, cardiaque, immunitaire) que psychologiques (syndrome dépressif), ses symptômes sont similaires à ceux du burn-out.

2.4.2. D'un point de vue physiologique

Selon le Dr SELEY, pionnier de la définition du stress moderne, le stress est une réaction normale, non spécifique du corps à un stimulus extérieur. Les mécanismes du stress permettent de faire face à une menace, soit en se préparant à fuir ou à combattre l'objet du stress.

Les réactions physiologiques sont contrôlées par les systèmes parasympathique et sympathique dans l'unique but de retrouver l'homéostasie. Le déséquilibre entre ces deux systèmes induit le stress.

La vitesse de réaction de ces deux mécanismes de gestion du stress est différente car leur fonction n'est pas la même.

Le système parasympathique a pour fonction de nous aider à reconstruire les réserves physiologiques. Sa mise en action est plus longue.

Le système sympathique est le mécanisme de l'urgence. Il nous aide à répondre au mieux aux agressions de notre environnement. La prédominance du sympathique permet de transformer une situation de stress en une situation de pseudo-détente. Il permet de faire face au danger. (11,12)

2.4.3. D'un point de vue psychologique

Les Dr ATKINSON, Dr SILTH et Dr BEM décrivent le stress comme une réaction à « des événements qui, selon notre propre point de vue, mettent en danger notre bien-être physique et psychologique. Ces événements sont appelés « *des agents de stress* » ou « *des stressseurs* » et les réactions des individus au stress « *des réponses au stress* ».

Le stress fait partie intégrante de notre vie. Il peut être positif ou négatif.

Le stress dit positif offre une occasion d'acquérir une nouvelle attitude face au « danger » ou un nouveau savoir-faire contre le « danger ».

Le stress négatif se retrouve quand le corps et l'esprit n'ont plus de repos. C'est un moment important pour récupérer ses ressources et son énergie. Le stress négatif fatigue par une tension constante et ne donne pas le temps à la récupération.

La façon de réagir face au stress est différente en fonction de la personnalité de l'individu. C'est à dire en fonction de l'expérience de chacun, de la famille, de l'entourage et de la génétique.

Le stress n'est donc pas perçu de la même manière en fonction de nos habitudes et nos aptitudes. Un événement stressant peut être familier pour l'un, mais pas pour l'autre. Chacun a sa propre perception du moment.

La perception de chaque individu permet à celui-ci de déterminer, s'il se sent menacé dans sa sphère privée. Par l'évaluation et sa propre vision du danger, le sujet va donner une réponse qui sera soit :

- du stress négatif et agir de façon disproportionnée.
- du stress positif et agir de façon adéquate. (12,13)

Dans le monde moderne, les agents stressseurs ne sont plus matérialisés (bruit, pression du chiffre...) comme dans notre vie primitive (les animaux sauvages, trouver de la nourriture...). Le changement de mode de vie a été plus rapide et radical que l'adaptation de nos systèmes de régulation du stress, ce qui crée des réponses inadéquates. Les réponses aux dangers ne sont pas bonnes et elles s'accumulent, s'entretiennent. Elles engendrent une réponse : le stress négatif chronique puis le burn-out.

2.5. Le coping et les ressources

L'esprit humain a les moyens de se défendre face aux éléments stressseurs.

2.5.1. Le coping

2.5.1.1. Définition du coping

Le *coping* est un concept élaboré par Dr LAZARUS et Dr LAUNIER en 1978. Le coping traduit de l'anglais signifie « faire face ». Ici, c'est faire face à un élément perturbateur, un stress tel que le praticien peut être confronté aussi bien physiquement que mentalement. Le processus du coping est rythmé par évaluation du problème. « *Quel est-il ? Comment y faire face ?* » (13).

Ce processus comprend des stratégies comportementales (passif/actif ou la fuite/l'affrontement) et cognitives (focalisation et résolution du problème).

Les actions du *coping* sont aussi variées que celles des situations de stress. Il est dans un changement immuable pour répondre au mieux à la réévaluation de l'élément *stresseur*. Ce changement évite pour un temps le submergement des ressources de l'individu et, donc d'entrer à court terme dans un processus de stress puis, à long terme dans le burn-out.

2.5.1.2. Les stratégies

– Les stratégies de *coping* sont différenciées selon la thématique de résolution : **stratégies centrées sur les émotions** : Elles consistent en des manœuvres d'évitement ou de régulations, des réactions émotionnelles afin d'obtenir un bien-être, sans modifier la source du problème. Elles seront plus facilement employées, si le sujet évalue irréalisable la résolution du problème.

Par exemple, dans le cas d'un désaccord entre plusieurs assistantes au sein d'un cabinet dentaire concernant l'organisation des congés, le praticien préférera feindre que tout va bien entre les assistantes : « Qu'elles se mettent d'accord entre elles ». Il a ainsi évité les problèmes sur cette situation. Il s'est protégé de tout stress, donc le conflit est renvoyé à plus tard. Avec l'arrivée des échéances, la tension entre les assistantes va augmenter. Le conflit sera de plus en plus difficile à désamorcer. La sensation qui s'accompagne dans cette attitude, c'est une perte d'estime de soi de ne pas se sentir capable de faire face.

– **Stratégies centrées sur les problèmes** : Elles consistent en l'adaptation de l'individu par les efforts ou l'apprentissage de nouvelles compétences qui l'aideront à franchir les obstacles. Elles seront envisagées dans les cas où, le problème est évalué comme impossible à résoudre.

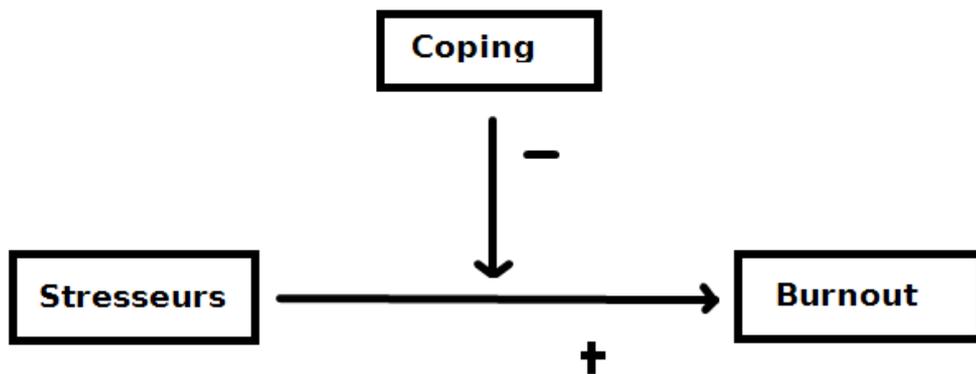
Ici, le praticien prend contact avec les deux assistantes et cherche un compromis pour annihiler le conflit. Il fait face à la problématique, ce qui évitera l'escalade des tensions. La gestion de ce conflit engendre de la satisfaction et donc une meilleure estime de soi.

2.5.1.3. Les effets

L'efficacité des stratégies centrées sur le problème est plus efficace que les autres. Les stratégies d'évitement sont, à force d'utilisation, des facteurs favorisant le burn-out, puisque la situation perdure.

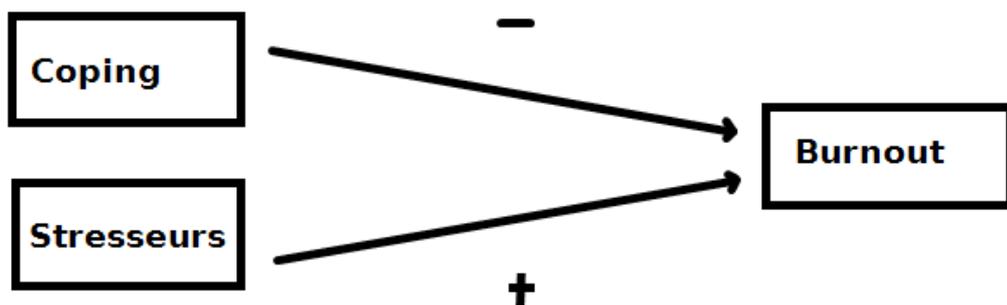
La résolution d'un problème évite les cercles vicieux et augmente l'accomplissement professionnel.

Le *coping* peut avoir un effet modérateur sur le burn-out, c'est-à-dire que la stratégie employée diminue l'action de l'agent *stresseur*. La stratégie utilisée est adaptée à l'agent *stresseur*.



L'effet modérateur du coping

Le coping peut aussi avoir un effet direct sur le burn-out. Dans ce genre de situation le facteur agresseur continue d'augmenter l'épuisement émotionnel. Nous ne sommes plus dans l'évitement.



L'effet direct du coping

Les deux effets peuvent avoir lieu en même temps.

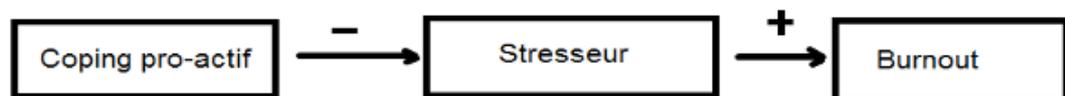
2.5.1.4. Les coping pro-actif

GREENGLASS met en évidence des mécanismes d'anticipation du burnout. Les *coping* pro-actifs, permettent de réduire et même d'éviter des risques à venir (14).

Une recherche ou une création de ressources, tel que le renforcement de l'estime de soi, sens de l'autocontrôle avantagera une meilleure santé. Le *coping pro-actif* a une vision de challenge ou motivation du problème, contrairement au *coping* qui ne s'active qu'en cas de confrontation ou menace.

Un sujet avec des ressources type *coping pro-actif* sera mieux armé à long terme, grâce à un allègement de l'épuisement émotionnel par la motivation engendrée, et une diminution du cynisme par une efficacité retrouvée grâce à une optimisation.

Pour GREENGLASS, le *coping pro-actif* est une constante instable. Il se module en fonction de l'environnement de travail et à la fréquence d'apparition de l'agression. (15)



L'effet du coping pro-actif.

2.5.2. Les ressources

La notion de ressource est un concept novateur dans l'appréhension des causes du stress et par extension du burn-out dans notre société occidentale.

Dr HOBFOLL décrit la théorie de conservation des ressources qui s'articule en deux principes.

2.5.2.1. Qu'est-ce qu'une ressource ?

Dr HOBFOLL part de l'hypothèse que chaque individu a pour but d'accroître, de sauvegarder et de défendre les ressources obtenues. Ces ressources permettent face à l'environnement et encore plus face aux agents *stresseurs* de s'adapter. Le stress prendrait son origine d'un défaut dans l'ajustement entre les ressources de l'individu (psychologique, physique et économique) et les demandes que la situation impose. Ceci est perçu comme un déséquilibre entre l'homme et son environnement. Les ressources rééquilibrent cette balance.

Le Dr HOBFOLL dénonce plus de soixante-quatorze ressources essentielles chez les occidentaux. Elles peuvent être :

- **des biens** (voiture, sécurité financière, matériel professionnel...).
- **des conditions inter-individuelles** (les amis, la famille, le rôle dans la Société, reconnaissance...).

- **des conditions intra-individuelles** (sens de l'humour, les capacités d'organisation ou de communication, sentiment de fierté...). (16)

2.5.2.2. Les deux principes.

Pour HOBFOLL, le stress psychologique est tenu par trois situations particulières :

- quand les ressources sont menacées.
- quand les individus investissent des ressources et ne reçoivent pas les retours attendus.
- quand les ressources sont perdues.

Le burn-out apparaîtrait lors de la deuxième situation.

Les deux principes de HOBFOLL consistent à décrire les moments clés d'apparition du stress dans notre psychique.

- Le premier principe est basé sur l'assertion selon laquelle : « *La perte des ressources a un impact disproportionné comparativement au gain des ressources* ». C'est un investissement qualitatif ou quantitatif trop important par rapport au bénéfice qualitatif et quantitatif obtenu. L'individu ressent cette perte comme une menace de son intégrité, ce qui pourrait l'inciter à stopper toute activité donc, se retrouver dans la démotivation. Plus le sujet a de ressources, moins il sera affecté par les pertes de celles-ci.

Exemple : Un endodontiste sera moins sujet au stress, suite à une fracture instrumentale qu'un omnipraticien débutant. Il sera plus à même de mettre en action ses capacités face au problème rencontré.

- Le deuxième principe repose sur l'assertion selon laquelle : « *Les individus doivent investir des ressources afin de se protéger de la perte des ressources et d'en acquérir de nouvelles.* »

Dans cette idée, il est logique de penser que plus un individu a de ressources à sa disposition, plus il sera capable de faire face aux problèmes avec une dépense d'énergie moindre. Il n'aura pas l'impression de tout utiliser. *A contrario*, une personne avec un faible capital ne pourra pas investir dans des coping pro-actif lors de l'apparition de symptômes prémisses du stress.

Les personnes avec de faibles ressources ou avec des difficultés à en acquérir auront une attitude plus défensive.

Exemple : Un praticien sans assistante dentaire, faute de temps pour embaucher, se retrouve devoir gérer la stérilisation, l'encaissement, la prise de rendez-vous...

Cette attitude de conservatrice finit par lui coûter plus de temps et augmente le stress au cabinet. (16-18)

2.6. Les causes du Burn-out chez le chirurgien-dentiste

Tous les spécialistes sont unanimes sur ce point, le burn-out est un syndrome multifactoriel. La part individuelle est aussi importante que celle environnementale.

2.6.1. Au niveau organisationnel

À ce niveau, les agents stressés rencontrés sont de l'ordre environnemental. Ils prennent en compte l'ensemble du cabinet, c'est à dire : la logistique, la sonnerie de téléphone, l'administratif...

Les différents facteurs rencontrés par le chirurgien-dentiste peuvent être des **agressions psychiques**, tels que :

- les horaires de travail toujours importants ;
- La cadence que le dentiste et la conjoncture actuelle imposent ;
- La pression du temps ;
- La standardisation des protocoles qui peuvent occasionner une monotonie dans la tâche ;
- L'isolement ;
- La contradiction dans la tâche. (entre les restrictions budgétaires et les connaissances acquises de la science qui ne sont pas toujours ancrées dans la réalité.).

Les agents stressés peuvent être des **agressions physiques** telles que :

- la position de travail donne à long terme des troubles musculo-squelettiques, provoquant une fatigue intellectuelle due à la douleur chronique ;
- La concentration accrue, nécessaire pour le travail de minutie, provoque des pertes d'acuités visuelles et céphalées ;
- Les bruits en continu de l'aspiration, du fauteuil, des instrumentations rotatifs ;
- le cadre fonctionnel, mais exigu et oppressant.

2.6.2. Au niveau interindividuel

Cela concerne les relations humaines et sociales qui peuvent être à l'origine de conflits et d'injustices. Le dentiste ayant plusieurs casquettes se retrouve confronté à de nombreuses interactions du type patient/praticien ou chef d'entreprise - société ou chef d'entreprise - salarié. Cette pluridisciplinarité des relations accentue les risques de burn-out.

2.6.3. Au niveau Intra-individuel

Certains facteurs dits psychiques sont majeurs dans la survenue d'un burn-out. Ils tournent tous autour de trois thématiques : l'idéalisation du travail, la réussite sociale et l'image de soi.

Les cardiologues Dr FRIEDMAN et Dr ROSENMANN décrivent un individu type à risque accru de maladie cardiovasculaire, qu'ils nomment « comportement de type A » ou « comportement du stressé ». Il se caractérise par un engagement professionnel important, des buts revus à la hausse, l'impatience, le sens de la compétition et une hostilité envers son entourage. Outre les maladies cardiovasculaires, le type A est aussi utilisé dans la prédiction de survenue du burn-out.

Tous ces exigences et traits de caractère poussent l'individu à :

- une dépréciation du soi face aux autres.
- un épuisement face aux objectifs trop importants.

Les chirurgiens-dentistes, mais surtout les jeunes dentistes, font partie de cette classe. Le praticien a, en règle générale, une forte envie de réussir et d'engagement. Il est dynamique, enthousiaste, ainsi il se voit rapidement fatigué émotionnellement et physiquement.

2.7. Les symptômes du Burn-out

Certaines publications recensent plus de 180 manifestations possibles et différentes chez une personne atteinte par le burn-out. La plupart sont des manifestations assez communes dans plusieurs pathologies, aussi bien physiques, que psychiques (19).

Le Dr VASEY a établi une liste des signes les plus fréquents répertoriés en 5 niveaux qui sont :

- Émotionnel
- Intellectuel
- Corporel
- Comportemental
- Relationnel

Cette liste permet un bilan personnel en répertoriant les changements observés au cours des six derniers mois. (20)

2.7.1. Niveau Émotionnel

La personne atteinte de burn-out développera de l'ennui, une perte d'intérêt pour son métier, mais aussi son environnement, de l'irritabilité pouvant aller jusqu'à de l'agressivité.

Il y aura un sentiment accru de perdre ses capacités à exercer sa profession, une diminution de l'estime de soi et une remise en question de tous les instants.

2.7.2. Niveau Intellectuel

À ce niveau, la personne a une diminution cognitive avec des troubles de la mémoire, une difficulté à se concentrer, une altération du sens des priorités. Un sentiment d'amoncellement des problèmes et une focalisation excessive de l'attention se développe et laisse place à un état de confusion. Ces signes engendrent une désorganisation du travail, et induisent une augmentation du travail fourni pour atteindre un niveau égal, voir inférieur de nos standards habituels.

2.7.3. Niveau Corporel

Ce sont les signes les plus généraux du burn-out qui dénoncent une atteinte physique du corps, comme les céphalées, les insomnies, le rhume, les états grippaux, les réflexes gastro-œsophagiens, les dorsalgies ou la fatigue générale.

On peut ressentir des tensions internes, comme des difficultés à respirer ou de l'hypertension. Le corps peut être plus irritable, réactif au bruit ou au contraire présenter une diminution de sensibilité.

2.7.4. Niveau Comportemental

On remarque chez les personnes atteintes de burn-out une augmentation de l'absentéisme, l'apparition de conduites addictives à des substances toxiques (alcool, médicaments, drogues, cigarette) ou à des comportements (sexe, cyberdépendance). Elles ont aussi une forte volonté de changer d'emploi ou de le transformer. Ces personnes sont incapables de résoudre leurs problèmes professionnels et privés. La plupart du temps, les signes de défense contre le stress sont la fuite. Ce sont des signes favorisant l'aggravation du burn-out.

2.7.5. Niveau Relationnel

À ce niveau, on rentre dans l'étape de déshumanisation selon le Dr MASLACH. La relation avec le patient est vue comme ennuyeuse ou désagréable avec ce sentiment de fuite.

On observe un isolement social dans le travail et en dehors, une mise à distance par le cynisme du patient, s'accompagnant d'une perte de capacité d'empathie. (20)

2.8. Comment dépister ?

Le burn-out est un syndrome insidieux par son apparition lente et discrète. Le dépistage se fait dans un premier temps par l'entourage du malade grâce aux signes décrits ci-dessus.

2.8.1. L'échelle MBI

Il existe énormément de questionnaires psychométriques pour mesurer le Burn-out. Dans 90 % des cas, le questionnaire utilisé s'intitule « L'échelle Maslach Burn-out Inventory » ou « l'échelle MBI » créé par la psychiatre de même nom.

Le sujet doit répondre, seul aux 22 questions en fonction de la fréquence de son ressenti.

Chaque réponse est équivalente à une valeur de 0 à 6 points.

- Jamais = 0
- Quelques fois par an = 1
- Une fois par mois = 2
- Quelque fois par mois = 3
- Une fois par semaine = 4
- Quelque fois par semaine = 5
- Chaque jour = 6

« L'échelle Maslach Burn-Out Inventory »

1- Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail.

2- Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail.

3- Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.

4- Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent.

- 5- Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets.
- 6- Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort.
- 7- Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients.
- 8- Je sens que je craque à cause de mon travail.
- 9- J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens.
- 10- Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail.
- 11- Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.
- 12- Je me sens plein(e) d'énergie.
- 13- Je me sens frustré(e) par mon travail.
- 14- Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail.
- 15- Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients.
- 16- Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop.
- 17- J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients.
- 18- Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients.
- 19- J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail.
- 20- Je me sens au bout du rouleau.
- 21- Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.
- 22- J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes.

Après avoir répondu au questionnaire de « l'échelle MBI », le calcul consiste à reporter et à additionner les résultats dans les trois classes en fonction de la question.

Pour l'**épuisement professionnel**, il s'agit des questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Question n° :	Réponse :	Score :
1		
2		
3		
6		
13		
14		
16		
20		
Total :		

Pour l'épuisement professionnel :

- total inférieur à 17 : burn-out bas.
- total compris entre 18 et 29 : burn-out modéré.
- total supérieur à 30 : burn-out élevé.

Pour la **dépersonnalisation**, il s'agit des questions 5, 10, 11, 15, 22.

Question n° :	Réponse :	Score :
5		
10		
11		
15		
22		
Total :		

Dépersonnalisation :

- total inférieur à 5 : burn-out « bas »
- total compris entre 6 et 11 : burn-out « modéré ».
- total supérieur à 12 : burn-out « élevé ».

Pour l'**accomplissement personnel**, il s'agit des questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Question n° :	Réponse :	Score :
4		
7		
9		
12		
17		
18		
19		
21		
Total :		

Sentiment d'échec professionnel :

- total inférieur à 33 : burn-out « élevé ».
- total compris entre 34 et 39 : burn-out « modéré ».
- total supérieur à 40 : burn-out « bas ».

Cette échelle permet de diagnostiquer le niveau « d'atteinte » du syndrome d'épuisement professionnel et de la conduite à tenir. (20)

2.8.2. Test épuisement professionnel de FREUDENBERGER

Ce test est moins connu, mais devrait être utilisé en première intention. Il permet de déterminer à quel stade de stress la personne se trouve.

La réponse fait grâce à une grille de résultat allant de 0 à 5 en fonction de la pertinence de l'affirmation. 0 étant « pas du tout d'accord » et 5 étant « tout à fait d'accord ».

Il suffit enfin d'additionner les résultats obtenus et de le comparer avec les fourchettes de référence du stress qui sont :

- de 0 à 25 : pas de problème apparent
- de 26 à 35 : état de stress débutant
- de 36 à 50 : état à risque de burn-out
- de 51 à 65 : état de burn-out
- plus de 65 : état dangereux

Voici les affirmations proposées :

- *Vous vous fatiguez plus facilement
- *Vous vous sentez plutôt fatigué qu'énergique
- *Les gens vous ennuiant, lorsqu'ils vous disent "tu ne sembles pas bien en ce moment"
- *Vous travaillez de plus en plus dur tout en produisant de moins en moins
- * Vous êtes de plus en plus cynique et désenchanté

- *Vous ressentez souvent une tristesse inexpliquée
- *Vous oubliez vos rendez-vous ou vos affaires plus fréquemment
- *Vous êtes plus irritable
- *Vous êtes plus nerveux
- *Vous êtes plus déçu par les gens qui vous entourent
- *Vous voyez les membres de votre famille ou vos proches amis moins fréquemment
- *Vous avez des problèmes physiques plus fréquents (douleurs, maux de tête)
- *Vous vous sentez désorienté quand l'activité de la journée se finit
- *Les moments de joie sont rares
- *Vous êtes incapable de rire d'une plaisanterie à votre sujet
- *Le sexe semble apporter plus d'ennui que de joie
- *Vous avez peu de chose à dire aux gens
- *Vous êtes trop occupé pour faire des choses simples comme passer des coups de téléphone, lire des articles ou envoyer des mails à vos amis.(21)

Hernández et al (2007) ont évalué 110 chirurgiens-dentistes, avec plus d'un an de pratique de la médecine dentaire. La prévalence du burn-out était de 10,90 %, il y avait une incidence plus élevée de symptômes de manque d'accomplissement personnel chez 75 % des dentistes, suivie par de l'épuisement émotionnel (16,6 %) et de la dépersonnalisation (8,3 %).

2.9. Diagnostics différentiels

2.9.1. Maladies organiques

Les maladies organiques peuvent être occultées par de l'épuisement physique additionné à l'anxiété. Cette combinaison peut simuler des manifestations psychiques.

Les maladies répertoriées sont nombreuses telles l'hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires, hyperthyroïdie, hépatites virales B et C, mononucléose...

2.9.2. Dépression

La dépression et l'épuisement professionnel ont beaucoup de similitudes. L'une des caractéristiques de la dépression, c'est la léthargie. Elle ne touche pas uniquement la sphère professionnelle. On retrouve un manque d'envie généralisé et de plaisir dans la vie.

À terme, le burn-out peut aboutir à la dépression. Elle se manifeste par des troubles plus importants, tels les troubles alimentaires, du sommeil, amnésique, phobique avec une forte probabilité au suicide.

2.9.3. Troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité sont des traits de caractère exacerbés par autodéfense aux traumatismes de la vie. Dans chacune des personnalités décrites, on retrouvera des similitudes avec le burn-out.

2.9.3.1. Personnalité dépendante.

Les personnes dépendantes sont tout le temps à la recherche de la reconnaissance des autres. Pour les dépendances affectives, la personne a souvent un surinvestissement qui n'est jamais reconnu à sa juste valeur.

2.9.3.2. Personnalité obsessionnelle compulsive.

Les traits caractéristiques de la personnalité obsessionnelle compulsive sont le perfectionnisme et la rigidité psychologique. Ces personnes s'empoisonnent la vie avec des doutes, des rituels abusifs, une anxiété d'arriver à ses fins.

2.9.3.3. Personnalité narcissique décompensée.

Les personnes narcissiques ont tendance à avoir un sentiment de supériorité qui s'accompagne d'un manque d'empathie. Ce narcissisme camoufle souvent un déficit de l'estime de soi. La sur-compassion narcissique, pour combler les manques, entraîne un épuisement émotionnel, puis une dépression, voire même un suicide.

2.9.4. Spectre bipolaire/spectre maniaco-dépressif

Les signes similaires, entre le burn-out et la bipolarité, se situent dans la phase de grand enthousiasme et d'idéalisme au début du burn-out.

2.10. La prévention

2.10.1. La prévention primaire

Les mesures de prévention primaire ont pour objectif de prévenir toute survenue du burn-out. Les mesures passent par une meilleure gestion de sa santé, son sommeil, son stress, son temps et son organisation. Cette partie ne se veut pas exhaustive, mais juste permettre de donner des pistes de réflexion afin éviter les pièges menant au burn-out, en engrangeant un maximum de ressources.

2.10.1.1. La santé

2.10.1.1.1. Physique

Il est préconisé de faire une **visite médicale** de contrôle tous les ans. Le statut d'indépendant limite la fréquence des visites des praticiens par le manque d'information et d'obligation. Le médecin traitant et du travail prescrivent un bilan de santé complet incluant un bilan biologique sanguin spécifique, un bilan physique (auditif) et un bilan cognitif (mémoire). Les **activités sportives** sont importantes pour une bonne forme psychique et physique. Elles permettent également de rompre l'isolement qui est un facteur du burn-out.

2.10.1.1.2. Psychique

La prévention consiste à améliorer notre capacité à affronter les agents stressants, la gestion des émotions. La prévention consiste à travailler sur la mise en place d'une nouvelle philosophie de vie.

La gestion des émotions passe par la multiplication des apports psychiques, autre que le métier. Ceci permet d'augmenter le nombre de ressources à notre disposition. On peut compter sur des loisirs, tels la lecture, la musique, le sport, le théâtre, mais aussi sur de nouvelles pratiques comme la méditation ou l'hypnose.

L'isolement est un facteur aggravant important. La prévention primaire consiste en le **renforcement des relations intimes**. Il ne faut pas hésiter en cas de problème à utiliser les réseaux d'amitiés ou familiaux. Lors d'épisodes précurseurs de burn-out, le sujet a tendance à se mettre à l'écart. Il perd la possibilité d'avoir un point de vue externe relativisant, de recevoir des conseils avisés et de passer un bon moment. La relation peut être intime, mais aussi professionnelle (thérapeute).

Des questions simples à se poser comme :

« - *Les avantages de rester seul ? Et d'être entouré ?*

- *Quelles personnes comptent pour nous ? Lesquelles peuvent m'aider ?*

- *Que peuvent-elles nous apporter à nos problèmes ? »*

L'autre facteur important est de **prendre du temps pour soi** par la méditation, l'introspection ou encore l'auto-hypnose. Ce temps permet le recadrage sur soi, prendre conscience du moment, du ressenti de soi et de son environnement. On laisse de côté le cérébral, pour ne percevoir que l'intuition intérieure. L'hypnose permet d'entre-ouvrir cette porte.

L'introspection sur sa vie va induire un recadrage de notre façon de voir la vie.

Les questions à se poser sont :

« Quels sont nos objectifs de vie ? Nos objectifs professionnels ? Mes priorités ?

Sont-ils en adéquation avec mon style de vie ?

Qui dirige ma vie ? Moi ? Les aléas ? »

2.10.1.1.3. Le sommeil

Cette activité est l'une des plus chronophages et essentielle de notre vie. On y passe 25 ans tout au long de notre existence. Il est conseillé de dormir entre 7 et 8 heures par jour. Ce conseil s'avère de moins en moins aisé à suivre, quand on sait que le sommeil ne cesse de diminuer en qualité et en quantité, ces 40 dernières années. Il est une nécessité pour le corps et l'esprit. Il a des bienfaits dans la récupération et conservation des énergies.

L'insomnie ou la difficulté à trouver le sommeil sont des signes d'installation du burn-out.

Le sommeil est une nécessité dans le bien-être psychique et physique. Il a des bienfaits dans la récupération et régénération de diverses fonctions cognitives comme l'adaptation ou coping. L'élaboration des rêves permet une reprogrammation des idées.

C'est un acteur majeur dans la mémorisation des informations de la journée. L'amnésie ou les difficultés de mémorisation sont un autre signe important dans l'installation du burn-out.

Des conseils sont prodigués pour préparer un bon sommeil avant et pendant.

Les précautions 2 à 3 heures avant de dormir se font :

- sur l'alimentation (pas de tabac, alcool, café, repas copieux...).
- sur nos activités (pas de sport, pas d'écran avant le coucher, Il faut favoriser des activités relaxantes par la musique, la méditation ou l'auto-hypnose).
- sur notre environnement (le lit ne sert qu'à dormir et aux pratiques conjugales, une température de chambre de 18 °C).
- il ne faut surtout pas se forcer à se coucher, ni à se maintenir éveillé.

Les conseils durant la nuit, en cas de réveil, sont :

- l'utilisation de technique de relaxation (l'auto-hypnose)
- ne pas stimuler son intellect (compter les moutons)
- reformuler la fin d'un cauchemar

L'hypnose est l'une des possibilités pour gérer les phases de sommeil, en mettant en place des séances d'auto-hypnoses sur la thématique du sommeil. (22,23)

2.10.1.1.4. Le stress.

La gestion du stress interne passe par la définition d'attentes réalistes dans l'univers professionnel. Pour cela, la mise en place d'une pensée positive est nécessaire avec auto-réévaluation positive. C'est-à-dire, en soulignant les bons résultats obtenus à l'aide de notre intervention pour mieux vivre avec nos défauts, déjà assez mis en avant par notre environnement.

Il est aussi indispensable de dépister les auto-évaluations dévalorisantes.

Le stress externe quant à lui peut être évité par une communication claire et appropriée avec l'entourage professionnel. La mise en place de règles de fonctionnement avec des objectifs clairs, positifs et motivants. Le changement est l'un des facteurs de stress externe le plus important, car il renvoie à la peur de l'inconnu. Il est primordial que le responsable ait une attitude bienveillante et rassurante envers l'entourage.

2.10.1.1.5. Le temps et l'organisation

C'est une partie très importante dans le burn-out qui pourrait remplir une thèse à elle seule. Nous donnerons simplement des pistes de réflexion.

La réflexion sur notre organisation du travail doit se porter sur trois axes :

- Ce que l'on me demande de faire.
- Ce qui est important de faire.
- Ce que j'ai envie de faire.

Des plages horaires calmes et prolongées doivent être aménagées. Elles permettent de faire le point sur les problèmes de la journée de réfléchir sur les 3 axes cités et sur la manière de combiner les 3 attentes. C'est un moyen de repenser sa façon de passer son temps au travail.

Il faut établir un plan d'action qui amène de la **variété** dans l'emploi du temps pour le repos, le travail, les loisirs, les contacts sociaux, tout en restant **équilibré**. Il faut donc établir une alternance entre les différentes plages horaires.

Les horaires de travail doivent être **personnalisés** en fonction des moments évalués comme les plus rentables pour la personne.

Il reste un critère, et pas des moindres, dans l'établissement d'un plan de travail, c'est la souplesse entre les horaires imaginés et leur gestion **réaliste**. (23)

Pour les professions soignantes, comme le chirurgien-dentiste, des moyens plus spécifiques existent.

Sur le temps de la consultation, un professeur a mis en place un schéma d'organisation de la consultation médicale, le **SOAP** (Subjectif, Objectif, Analysis, Plan). Il est caractérisé par quatre phases permettant d'éviter la perte de temps :

- La première phase (**Subjectif**) consiste en l'anamnèse, c'est le moment dédié au patient. Il prend les 80 % du temps. On recueille les informations comme les demandes du patient, le questionnaire médical, les symptômes...
- La deuxième phase (**Objectif**) est le temps du praticien. Il contient les actes comme l'examen clinique et complémentaire.
- La troisième phase (**Analysis**) est encore le temps du praticien. C'est la pose de diagnostic. Ce moment est important pour éviter toute incompréhension par la suite qui pourrait être source de conflits. Les conflits sont vecteurs de stress.
- La dernière phase (**Plan**) partage le temps de parole entre patient et praticien. Le praticien élabore le plan de traitement avec ses explications. Ensuite, le patient peut donner des compléments d'information dans la même optique d'anticipation du conflit. (24)

La bonne distance dans l'attitude avec le patient est un équilibre souvent difficile à trouver. Il faut résoudre le conflit dans cette relation ambiguë entre le penser à soi et répondre aux attentes de l'autre. Il faut vaincre l'illusion de la dépendance du patient à nos soins et le comblement de nos attentes de reconnaissance. (23)

2.10.2. La prévention secondaire

Cette prévention est mise en place dès l'apparition des premiers symptômes du burn-out pour endiguer le processus. La personne dans cet état doit avoir dépassé le stade de l'épuisement émotionnel. Pour rappel, si après une longue période d'inactivité (vacances ou prise de recul), l'individu est reposé, néanmoins, dès la reprise de l'activité, les symptômes reviennent tels la colère, l'irritabilité et l'anxiété. Cette étape est stigmatisée par manque d'empathie ou du cynisme envers les patients, mais aussi l'entourage. L'étape de déshumanisation est en marche.

Il est évident qu'une prise en charge précoce des troubles déjà présents grâce à un diagnostic rapide est un facteur défavorable à l'installation complète du burn-out.

La prévention secondaire est constituée de l'**auto-évaluation**, le renforcement de l'**estime de soi** et identifier les **problématiques de conflits**.

2.10.2.1. L'auto-évaluation

L'apprentissage de l'auto-évaluation est très important à court terme pour la guérison du burn-out, comme à long terme pour éviter de retomber dans le burn-out. Il est connu que les sujets les plus sensibles au burn-out manquent d'introspection et donc d'auto-évaluation sur eux et leur environnement.

Le sujet doit être aidé dans le processus d'apprentissage par un psychothérapeute. Le but est de :

- Donner un regard neuf et plus objectif.
- Donner une mécanique de pensée critique sur les événements racontés pendant l'entretien.

Selon le Dr DELBROUCK, « *Grâce à une écoute empathique du professionnel, la personne va identifier peu à peu ses choix, ses buts, ses objectifs de vie et, comment elle va évaluer ses progrès et ses reculs au fil des séances. Cette capacité, de percevoir ses progrès et ses reculs, est directement reliée à l'habilité et l'habitude d'auto-évaluation.* »

Il faut se donner des créneaux pour mettre en place cette auto-séance, avoir un soutien extérieur sur ces difficultés, sans diminution de l'estime de soi et une réflexion à plusieurs niveaux sur nos valeurs et la façon d'agir.

2.10.2.2. Le renforcement de l'estime de soi

L'un des piliers du burn-out est la perte de l'estime de soi. Il est impératif de garder une image physique et psychique soignée de soi. L'image que l'on renvoie est une base importante pour notre équilibre, au même titre que l'alimentation et l'exercice physique. Ce n'est en aucun cas du superflu, mais une nécessité dans l'image de soi et le regard des autres. Cela nous aide dans la communication et le maintien d'un bon état d'esprit.

C'est le début du réapprentissage de s'aimer. Il ne faut pas tomber dans le paraître et dans le jeu de rôle pour satisfaire son entourage. Ne jamais oublier que la première personne à séduire est soi. Dans le cas contraire, on perdrait une grande part de personnalité et donc de ses ressources.

L'auto-hypnose est l'une des solutions d'accompagnement dans le renforcement de l'estime de soi (25).

2.10.3. La prévention tertiaire

C'est la prévention mise en place quand le burn-out est déjà installé dans la vie de la personne touchée. Cette prévention consiste en la mise en place de moyens évitant la survenue de complications ou de rechute dans le burn-out.

Elle englobe toutes les actions qui diminuent la fréquence des incapacités de travail et l'incidence des rechutes du burn-out. Et elle comprend les activités cliniques menées après le diagnostic de la maladie et destinées à empêcher la détérioration de l'état du malade. La prévention tertiaire peut être définie comme une prévention de la réadaptation autant dans le monde professionnel.

Elle est basée sur les fondements préventions primaires et secondaires tout en y ajoutant l'aide d'un médecin et d'un psychothérapeute.

Dans la prévention tertiaire, il y a une réorganisation totale de la vie du patient. Il n'est pas rare de voir des reconversions totales de la personne atteinte de burn-out. Sans aller jusque-là, il faut revoir la manière d'appréhender le milieu du travail. Pour cela, il faut modifier son approche cognitive, relationnelle et spatio-temporelle en supprimant les facteurs de stress ou en trouvant des moyens de les atténuer. Le suivi par un médecin avec prescription médicamenteuse est souvent indispensable. Le médecin est là comme repère et guide pour le patient. (26–28)

2.10.4. Le traitement

Le traitement psychologique des personnes en syndrome de burn-out se fait en 10 étapes :

1. La **phase de communication** consiste en une anamnèse précise des problèmes rencontrés, décrire tous les protagonistes et l'environnement. Ainsi le thérapeute peut commencer à s'amorcer les conflits. C'est une phase qui peut être assez longue. Le thérapeute doit faire preuve d'empathie et être impartial. Le sujet se livrera sur les moments difficiles en revivant ses épisodes douloureux.

Le thérapeute pourra proposer un plan de traitement optimal. Durant cette phase, le sujet n'est pas encore capable de s'autoévaluer. Le thérapeute est indispensable pour guider la personne dans sa vision de lui, ses émotions et ses actions.

2. La **phase d'évaluation** met en place des différents types de bilan physique, psychique, de la profession ou auto/hétéro évaluatifs. Ces tests permettent au sujet de passer outre le déni du syndrome de burn-out. Cette phase entraîne le sujet à dépister les signes précurseurs d'un surmenage et fixer lui-même ses limites.
3. La **phase d'acceptation** est importante. La plupart du temps une personne atteinte du syndrome de burn-out s'ignore. Ce déni limite la coopération du

patient au traitement. Une fois le déni dépassé, le thérapeute peut proposer des techniques de respiration et de relaxation. Le patient acquiert une meilleure perception de son corps.

Ces patients sont en grande majorité des personnes très cérébrales, avec de fortes exigences, intelligentes et efficaces. C'est cette vision inlassable vers l'avant, sur la perfection qui fait oublier le corps et les émotions. Cette forte tendance à l'intellectualisation de la vie en général oblige l'évitement de psychothérapie classique trop axée sur la rationalisation du problème. Il y a un risque de compréhension du problème sans résolution de celui-ci. Pire, on peut engendrer des résistances au changement.

DELBROUCK énonce que « comprendre les aides certainement, mais pouvoir les vivre et oser descendre au niveau du cerveau limbique et vivre corporellement ses émotions sera d'un apport certain dans ce type de problématique où les personnes se trouvent dans des contraintes de perfection, des comparaisons, des jugements moraux sur ce qu'elles vivent. »

C'est une piste de réflexion intéressante vers l'utilisation de l'hypnose comme aide dans cette thérapeutique.

4. La **Phase de désengagement ou d'écartement** est assez délicate. Les personnes en burn-out ont idée de leur soi idéal fort difficile à abandonner. Cette phase a pour but de « conserver et protéger » la personne de l'univers stressant du travail. Thérapeute et patient peuvent travailler sur le ressenti du corps et percevoir ses limites. L'arrêt de travail est indispensable et dure de 3 à 6 mois minimum. Les exercices accompagnant le temps libre sont du type :

- retrouver le goût à la vie en renouer avec de vieilles connaissances,
- réapprendre à dormir,
- trouver de nouveaux centres d'intérêt,
- se faire de nouveaux amis,
- se soigner.

Pour ces personnes atteintes de burn-out, ces concepts sont inimaginables dans leur vie centrée sur le travail.

C'est une période compliquée avec des sentiments de culpabilité lancinants.

5. La **phase de recherche de sens** est une période cruciale dans le traitement du burn-out. Le sujet remet à plat toute sa vie dans le but de trouver ce qui est essentiel pour lui. C'est le point de départ de la guérison. Le patient avec l'aide du thérapeute établit un ou des objectifs de vie. Ses objectifs sont l'essence de sa future motivation.
6. La **phase de redécouverte** est un processus logique de la précédente. Le sujet met en place de nouvelles stratégies. Le goût à la vie et le regain de forme lui donnent envie de toucher du doigt le monde professionnel. Les choix peuvent être radicaux comme une réorientation aidée d'un bilan de compétence ou une simple revisite de l'univers de travail comme une réévaluation de la charge de travail et le temps ou une nouvelle hiérarchie de priorité des tâches et objectifs.
7. La **phase de réapprentissage**, c'est le retour à la vie professionnelle qui doit être progressif. Le sujet toujours accompagné réapprend à travailler avec de nouvelles motivations. Au début du traitement, le temps de travail doit être partiel, avec des réévaluations régulières. La reprise des tâches quotidiennes doit être progressive aussi pour emmagasiner un capital confiance. C'est la reconstruction cognitive et émotionnelle lente, mais constante par la réexposition au facteur de stress.

C'est une période de doute où les rechutes sont nombreuses. Elle doit toujours être dans un esprit de collaboration pour trouver un équilibre dans le rythme, la fréquence, le volume et la durée de travail.

La modulation de l'attitude du thérapeute face au patient est assez difficile. Le thérapeute doit être aussi permissif qu'exigeant pour pousser le patient vers le changement. Cet exercice est particulièrement difficile pour le patient, il doit abandonner ses anciens schémas de fonctionnement. Le fait de quitter cette apparente zone de confort est très anxiogène pour lui. L'accompagnement du praticien est essentiel dans l'acceptation de se mettre en danger pour acquérir les compétences d'innover.

DELBROUCK dit que : « Le soignant prépare le patient dans un climat de confiance à accepter que nous ne sommes pas tout puissants et que nous devons constamment rectifier l'image que nous avons de nous-même. »

Lors de cette phase de la guérison, le thérapeute s'efforcera d'éviter toute coupure dans la relation avec son patient. Durant cette période, le patient atteint de burn-out sera susceptible aux rechutes et aux échecs des stratégies mises en place. C'est à ce moment que l'aide du thérapeute compte, dans la mesure où il va analyser avec le malade les raisons de l'échec, va remettre en place d'autres stratégies et va motiver le malade. À terme, l'épuisement professionnel s'estompe et disparaît.

L'intellectualisation des raisons de la rechute permet de les cerner et de les évincer pas à pas de leur vie. Chaque défaite est importante, mais chaque victoire aussi. Il faut signaler toutes les victoires quotidiennes, même insignifiantes. Cette vision consolide l'estime de soi et la force de continuer à se battre.

8 La phase de consolidation

Le suivi thérapeutique est moins régulier que durant les phases précédentes. Le patient a repris une activité professionnelle depuis de longs mois. Les séances ont pour vocation d'évaluer les stratégies d'adaptation données par le thérapeute, mais aussi celles créées par le patient. Grâce ses réévaluations et la connaissance du parcours déjà accompli, le thérapeute sécurise le patient et aide à conserver les améliorations acquises durant le réapprentissage de la vie professionnelle.

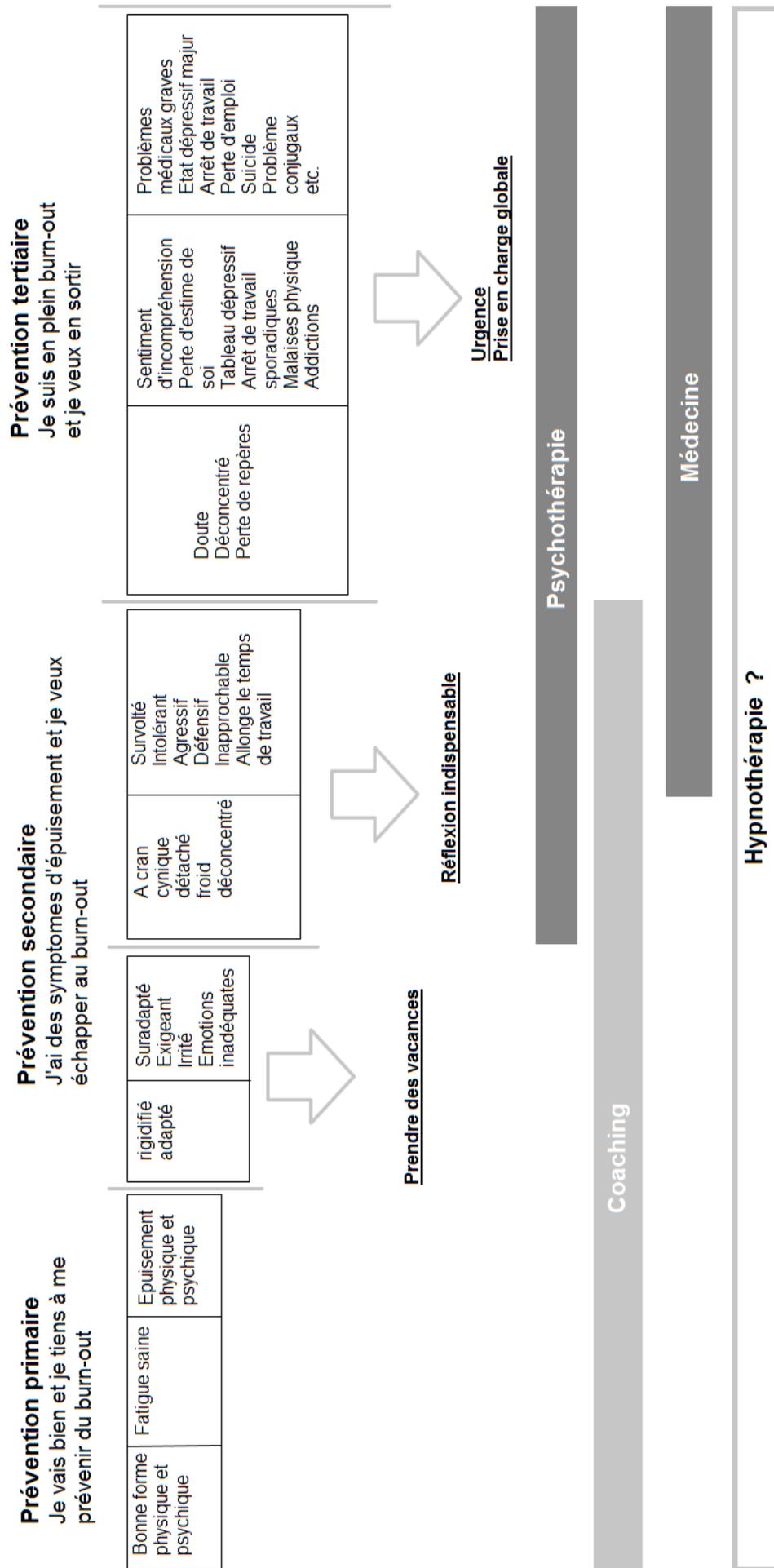
La consolidation se fait par l'accompagnement même plus distant avec le thérapeute. Car en cas de rechute, le patient a conscience que l'isolement est un facteur aggravant.

9 La phase de départ

Après l'espacement progressif des séances d'un commun accord sous l'initiative du thérapeute, il peut être décidé d'arrêter les séances. Il est bien entendu toujours possible en cas de besoins de rester en contact.

Cette décision est prise quand le praticien juge autonome et mature dans « *les réflexes des processus de ressenti émotionnel et de réévaluation cognitive et émotionnelle.* » (19)

Tableau représentant les préventions et traitements en fonction l'évolution des stades du burn-out vu par le Dr DELBROUCK.



3. L'hypnose

3.1. Définition par le vocabulaire de l'hypnose

- DISSOCIATION, c'est l'état hypnotique le plus important. Il permet de faire abstraction de l'environnement et de se recentrer sur soi. L'inconscient et le conscient du sujet hypnotisé sont séparés.
- INCONSCIENT, c'est défini comme tout ce qui n'est pas ancré dans le ici et maintenant. Son fonctionnement est de tous les instants en parallèle du conscient. L'inconscient est constitué de tout notre passé et de nos automatismes.
- INDUCTION facilite l'entrée en état d'hypnose. Elle consiste à introduire une idée à l'aide de suggestions. Les idées sont orientées de manière à obtenir une ouverture d'esprit et de bien-être.
- RECADRAGE est une technique consistant à modifier un point de vue ou une expérience dans le but de reformuler le contexte de la situation. On altère la vision du problème ou du comportement tout en réinterprétant l'événement originel passé. (29)
- SUGGESTIONS sont des messages envoyés à notre inconscient dans l'intention de créer un changement ou accéder à un nouvel apprentissage dans un objectif précis. Les suggestions évitent le filtre de notre conscient pour directement dialoguer avec notre inconscient. (30)

3.2. L'hypnose à travers l'histoire

L'apparition de la pratique de l'hypnose pour soigner n'est pas très bien définie. Des écrits relatent l'utilisation de l'hypnose chez les Égyptiens pour des pathologies respiratoires ou encore les pythies grecques. Ces jeunes vierges passaient en transe hypnotique pour être en relation avec les dieux.

Au fur et à mesure de l'histoire, il y a eu un affinement de la relation patient-praticien au point d'intégrer de plus en plus l'hypnose dans la thérapeutique.

3.2.1. La naissance et l'évolution du magnétisme

- Paracelse (1493-1541)

Paracelse est un alchimiste. Il a réalisé un premier traité sur la guérison de lésion par le magnétisme. Ce traité explique comment agit le courant magnétique et engendre la guérison. Il s'agit d'un transfert d'énergie ou de « magne » d'une personne saine à une personne malade de manière inconsciente.

Ce magne, issu des astres est considéré comme un don. Cette idée est encore bien ancrée dans notre perception de l'hypnose par faute de compréhension des mécanismes. (29)

- Messmer (1734-1815)

Franz Anton Messmer est un médecin du XVIII^e siècle converti aux idées de Paracelse. Il persiste dans ce sens, en confirmant qu'il y a une influence des planètes sur le corps humain grâce un fluide universel. Pour lui, tous les hommes possèdent une force magnétique et naturelle.

Messmer nomme ce magnétisme animal.

Messmer fait passer ce magnétisme par le sens du touché (un objet métallique ou une zone du corps) ou encore l'ouïe (avec des orchestres).

Il se fit connaître en France par ces séances collectives appelées à l'époque les cérémonies du baquet. Elle consistait à relier les patients les uns aux autres, par la main et par une machine, le baquet. Messmer par des pressions des zones pathologiques ou par simple regard déclenchait des crises convulsives salutaires.

Les principales avancées de Messmer ont été de sortir le magnétisme de l'obscurantisme ambiant et de passer d'un magnétisme astral à la limite du divin au magnétisme animal. La notion de la relation dans la médecine par l'hypnose n'est plus concentrée sur l'extérieur, mais dans le fluide entre et dans les personnes.

Messmer intéressa le roi Louis XVI par ses séances célèbres en France. Une commission de l'académie royale de Médecine fut mise en place pour valider la pratique du mesmérisme. Malheureusement, le rapport ne fut pas en sa faveur et Messmer quitta la France.

- Puységur (1751-1825)

Messmer pendant son temps en France a créé un courant suivi par Le marquis de Puységur. Puységur s'essaye au magnétisme. Lors de ses séances de soins, certains de ses cobayes sont pris de somnambulisme. Il décrit cet état comme provoqué et considère que le « magnétiseur » a les pleins pouvoirs.

L'abbé Faria est le premier à parler du pouvoir de l'imagination dans l'hypnose, c'est-à-dire les bases de la suggestion. Il renie aussi le principe du magnétisme et de son fluide animal. Son manque de persuasion à l'époque l'empêcha d'être écouté.

Il a fallu attendre Braid James, un chirurgien anglais pour appuyer la théorie de Faria. Il affirme que les effets de l'hypnose sont transmis au magnétisé par le magnétiseur. Le magnétiseur utilise sa gestuelle, ses yeux et sa voix pour cela. (29)

3.2.2. Les débuts de l'hypnose thérapeutique

- Charcot (1825-1893)

Grâce à son aura de professeur en anatomie et, de son exercice de la médecine à l'hôpital de la Salpêtrière, le Pr. Charcot a introduit l'hypnose dans le milieu hospitalier.

Ses méthodes étaient de très loin les méthodes d'aujourd'hui. Il conférait plus d'importance aux métaux utilisés sur le corps comme thérapie qu'au pouvoir de la suggestion verbale.

Il considérait l'hypnose comme un état pathologique souvent lié à l'hystérie. L'hypnose est un état purement organique donc ne peut se guérir que par de l'organique. Son hypothèse est illustrée par la forte utilisation d'instrument métallique dans ses traitements. (31,32)

- Bernheim (1837-1919)

Hippolyte Bernheim est un professeur et médecin généraliste de l'hôpital de Nancy. C'est le premier opposant du Pr. Charcot.

Il s'évertuera dans un premier temps à prouver que l'hypnose est un phénomène psychologique naturel. Tout le monde peut être hypnotisé et pas limité à la femme sujette aux hystéries.

Dans un deuxième temps, il se focalisera sur le pouvoir de la suggestion au point de dénigrer le phénomène hypnotique. Pour lui, le simple fait de soumettre une idée ou suggestion suffit à influencer le patient.

Bernheim établit les bases du traitement par hypnose tournée uniquement sur un aspect psychologique. (31,32)

- Erickson

Avec le perfectionnement des techniques d'anesthésie, l'hypnose médicale fut abandonnée pendant un peu moins d'un siècle jusqu'à l'avènement **ERICKSON** Milton, père de l'hypnose médicale moderne.

Milton Hylan ERICKSON est né dans une famille américaine. Il est atteint de daltonisme, dyslexie et a-musique, depuis sa plus tendre enfance, mais c'est à l'âge de 17 ans qu'il fera face à son plus grand défi. La poliomyélite le paralyse et les médecins ne lui laissent que peu d'espoir de guérison voir même de longévité. C'est à cette époque que Mr ERICKSON va améliorer ses aptitudes d'observation et d'imagination. Il développera ses capacités d'auto hypnose pour s'éloigner de son quotidien rempli de souffrance aussi bien physique que mentale. Ça lui a permis de se concentrer sur ses potentialités.

Après une guérison qui l'aura amenuisé, Mr ERICKSON reprend ses études pour devenir médecin avec maîtrise de psychologie. Il découvre durant son cursus l'hypnose. Il utilisera dans sa thérapeutique.

Avec l'aide de l'école de Palo Alto, il va développer un concept de la thérapie en se focalisant sur le contexte, les interactions interindividuelles et la communication. Grâce à lui, on passe d'une hypnose autoritaire à une hypnose plus permissive.

Il n'écrira jamais de manuel clair de la méthode Ericksonienne. De cette façon, les thérapeutes ne peuvent pas cantonner le patient dans des classifications et gardent un point de vue large de la thérapeutique. Il jugeait nécessaire ce flou donnant une liberté totale au thérapeute dans l'adaptation des séances en fonction de chaque patient. (33–35)

3.3. Schématisation du processus hypnotique

Une séance d'hypnose se déroule en trois grandes phases :

la phase d'induction

la phase de dissociation

la phase de perceptude.

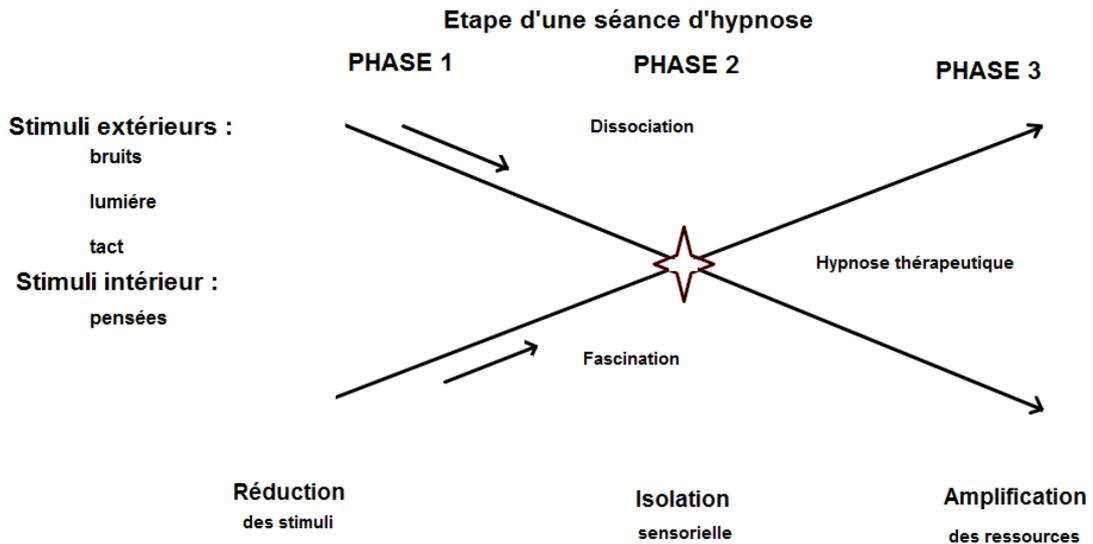


Schéma des étapes d'une séance d'hypnose tirée du livre : L'hypnose médicale de J-M BENHAIEM.

- **La phase d'induction :**

L'hypnothérapeute va focaliser l'attention du patient sur des perceptions. Ces perceptions peuvent être de l'ordre de l'ouïe, l'odorat, la vue, le gustatif ou encore le touché, par exemple la voix du thérapeute, un cliquetis d'une horloge, une flamme...

Cet exercice permet au patient de s'isoler de sensations venues de l'extérieur (la chaleur, le son, le tact) ou l'intérieur (les pensées) de lui. C'est la première étape pour un thérapeute, il s'agit d'accentuer la perception d'une sensation à la place d'une autre.

Ainsi, progressivement, l'hypnothérapeute guide le patient vers un cloisonnement de la perception de son environnement. Cela permet au patient de prendre conscience de soi, de le recentrer sur lui-même. Cette étape permet de passer à un état dit de fascination.

Le but de cette phase est la réduction et la sélection des stimuli qui tendent vers l'isolation sensorielle.

- **La phase de dissociation :**

Dans cette phase, le patient est totalement absorbé. Il a une attention accrue. Il se concentre fortement sur les suggestions proposées par l'hypnothérapeute. On peut comparer cette attitude avec l'attention portée sur les écrans de nos jours ou lorsque l'on se perd dans nos pensées.

Si les limitations sensorielles sont assez fortes, le sujet peut ressentir un décalage entre l'information de son environnement recueilli et son imaginaire.

Ce phénomène est utilisé pour certains actes invasifs pour ses vertus analgésiques. C'est la base de l'hypno-analgésie.

- **La phase de la perceptude :**

Dans cette phase, le patient prend pleine possession de ses moyens imaginatifs. Elle permet une ouverture nouvelle sur lui et son environnement. L'hypnothérapeute exercera son patient à se programmer de nouvelles façons d'agir ou de réagir.

Pour ça, l'hypnothérapeute et le patient seront amenés à ouvrir de nouvelles perspectives sur des faits passés ou à rappeler les ressources que le patient a déjà.

L'objectif dans cette phase est de résoudre des conflits ou des problèmes en modifiant la perception que le patient s'en fait.

En période de stress intense et continue, qui amène au syndrome de burn-out, on retrouve significativement le même processus.

Dans un premier temps, le patient se focalise entièrement sur un de ses problèmes stressants. Ce problème en devient obsédant jusqu'à en réduire son champ de possibilité. L'agent stresseur en devient insurmontable et une vraie menace constante. Le patient peut finir par laisser tomber et s'en dissocier.

Dans un deuxième temps, il s'en suit une immobilisation d'une partie du patient. Il n'a plus le courage de rien, par exemple à cause de la perte d'accomplissement personnel. Cette fixation entraîne une confusion qui trouble le potentiel d'un futur meilleur et un ressassement de la situation conflictuelle.

Le patient rentre dans une prostration qui se traduit par :

- la perte d'expression
- la rigidité
- le manque d'imagination
- l'impossibilité d'envisager un avenir.

Le patient se cloisonne dans une boucle négative de plus en plus étroite. (36)

Le troisième temps d'un processus pathologique n'est possible qu'avec l'aide d'un thérapeute. C'est le moment de la réouverture sur les possibilités et de la perception du patient.

L'objectif est de lui donner ou l'aider à retrouver les ressources nécessaires, à le bouger de sa léthargie ou prostration. (29) Il n'y a pas de protocole pour y arriver, les facteurs à prendre en compte sont :

- la relation thérapeute patient
- le vécu et l'imaginaire du patient
- les compétences et la connaissance du thérapeute

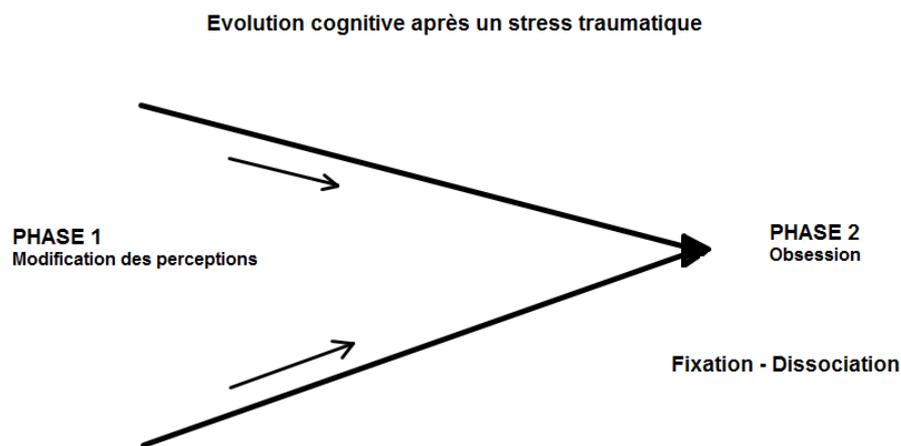


Schéma de l'évolution cognitive après un stress traumatique tiré du livre : L'hypnose médicale de J-M BENHAIEM.

3.4. L'hypnose Ericksonnienne : ses principes

Pour l'hypnose Ericksonnienne, l'hypnose est un mode de communication privilégiée. Il faut prendre le sujet dans sa globalité pour communiquer avec lui et le traiter. Il y a une dimension interne (son passé, sa perception de la vie, son caractère) et une dimension externe (son environnement de vie, de travail, sa relation avec les autres).

Pour traiter le mal dont il souffre, il est primordial de prendre en compte le patient dans cette globalité. Une prise en charge sera toujours individualisée et non reproductible d'une personne à l'autre.

La place du patient dans l'hypnose ericksonnienne n'est pas simplement spectateur, il est actif dans le travail hypnotique. Le patient va fouiller en lui, pour trouver des solutions. Il choisira seul la solution la plus adéquate à sa guérison. Le rôle du thérapeute est l'accompagnement du patient dans son inconscient.

L'hypnose est un outil précieux du travail de l'inconscient dans l'attente de changement dans le conscient.

Selon Dr Auclair Sandrine, urgentiste formée à l'hypnose médicale, « *l'hypnose cherche à restaurer, à redonner au patient ses propres possibilités thérapeutiques, sa façon personnelle et unique de résoudre un conflit ou un problème à l'image de ce qui a pu l'être auparavant, dans un apprentissage passé et acquis, expérience difficile dont on est sorti vainqueur.* »

Effectivement, nos expériences négatives passées ont tendance à nous limiter dans nos expériences futures. L'hypnose est là pour raviver d'autres expériences dans le but d'aboutir à des solutions. L'hypnose est utilisée pour déverrouiller une créativité endormie. On recherche ainsi les ressources positives du patient. On met en lumière des apprentissages inconscients qui renforceront l'apprentissage conscient de nouvelles ressources.

Le langage hypnotique selon Erickson est autant verbal que non verbal. Le poids des mots est aussi important que la façon de les énoncer. Un message peut être mal perçu si le langage corporel n'est pas en accord avec le contenu du message. Par exemple, quelqu'un qui annonce : « *Toutes mes condoléances.* » avec un grand sourire, est perçu de façon négative.

La communication entre les protagonistes se fait sur plusieurs dimensions. Les langages du thérapeute doivent se synchroniser au mieux avec le patient pour avoir une communication ou une relation la plus privilégiée possible.

Le langage verbal du thérapeute doit utiliser un lexique le plus proche possible de celui du patient. Les mots et les tournures de phrase sont assez flous pour activer l'inconscient et son imaginaire. La plupart du temps le discours est dirigé vers le conscient et redirigé vers l'inconscient.

Le langage non verbal du thérapeute regroupe toutes les réactions physiologiques et comportementales telles que le rythme cardiaque, la fréquence de la respiration ou les mimiques. Ce sont des facteurs avec lesquels le thérapeute doit jouer et observer pour ajuster son langage.

Cette communication est le plus souvent émise et reçue par l'inconscient.

- **Suggestions indirectes**

L'hypnose ericksonnienne est basée sur le libre choix du sujet à réemprunter le chemin de la guérison qu'il souhaite. Le thérapeute offre un éventail de possibilités de manière indirecte.

Ce principe important dans ce courant d'hypnose évite la résistance du sujet et permet de garder un total respect du patient. C'est une pratique permissive et non autoritaire à l'opposé du mesmérisme.

Le thérapeute formulera plutôt « *Des personnes ont tendance à s'étirer tout doucement ou d'autres commencent par ouvrir les yeux. Je ne sais pas comment vous vous réveillerez.* » au lieu de « *vous ouvrirez les yeux à la fin de mon décompte... Réveillez-vous !* »

Le traitement du problème n'est jamais frontal. L'hypnothérapeute va toujours essayer de confondre le problème avec une autre sensation. Cette sensation ne sera jamais rejetée puis qu'elle sera choisie pas le patient.

L'un des éléments stressants pour un dentiste sont les troubles musculo-squelettiques. Le fait de mettre en correspondance ces douleurs avec quelque chose d'agréable permettra de l'aborder différemment.

- **Le recadrage**

La perception de l'univers est propre à chacun en fonction de ses expériences, de son caractère et de son ressenti. Cette réalité se modifie perpétuellement dans le temps et s'altère par la relation avec l'extérieur.

Avant de pouvoir commencer une hypnothérapie, le thérapeute doit cerner et accepter l'univers du patient pour mieux l'aider à le modifier. Pour réussir, il faut comprendre comment le patient vit ses émotions en relation avec la réalité de son corps. À ce moment-là, le recadrage peut s'amorcer.

3.5. Les grandes lignes de l'hypnothérapie

3.5.1. Alliance thérapeutique

La pierre angulaire de la relation patient-thérapeute comme dans toute relation en rapport avec le soin, c'est la confiance. Sans elle, l'hypnothérapeute ne peut pas capter l'attention du patient nécessaire à son engagement sur la voie de sa guérison.

La première séance entame ce processus de confiance. Elle consiste à mieux connaître le patient.

Dans un premier temps, une anamnèse complète du patient sera faite.

Les questions abordées sont :

- **Le rapport du patient avec l'hypnose.**
Il sera demandé : « a-t-il déjà participé à des séances d'hypnose », « que pense-t-il de l'hypnose ? », « Sa définition de l'hypnose. » ou encore « Quelles sont ses attentes ? »
- **La personnalité du patient.**
Le thérapeute note l'âge, le sexe, le tempérament et la résistance.
Il identifie les fonctions cognitives (comme le langage, l'esprit de synthèse et observation, la mémoire...) ou encore affectives (comme l'inventivité, le caractère, le rapport avec lui-même et avec les autres...).
- **L'environnement du patient.**
Le questionnaire porte sur le cadre familial, le cadre professionnel, la situation financière et sur le niveau social et intellectuel.
- **Sa maladie et ses symptômes.**
L'objectif est de définir la ou les demandes thérapeutiques du sujet.

Dans un deuxième temps, dans l'idée de renforcer la relation thérapeutique, il est important de recadrer la définition de l'hypnose avec le patient. L'hypnothérapeute explique au patient les principes des techniques d'hypnose et sa nature. Il cassera ainsi les préjugés ancrés dans l'inconscient du sujet.

Cette étape clarifie les attentes possibles avec l'hypnose, balaye les préjugées et rassure le patient.

Un outil important dans la relation patient-praticien, c'est l'établissement d'un contrat thérapeutique avec des objectifs. Il aide le patient à se projeter dans un futur meilleur. À ce moment-là, le patient fait un premier pas vers le changement. Il peut commencer à s'évader de cette situation problématique.

L'objectif clarifie la situation, le patient sait où il va. Cela accentue la confiance et facilitera le lâcher-prise.

Dans ce contrat, un consensus entre le patient et l'hypnothérapeute est établi sur les critères de changement et d'amélioration. Ce consensus aide à mettre en place des moyens d'évaluation.

Le contrat a une dernière vertu dans l'engagement du patient dans la thérapie. Il est un protagoniste à part entière dans sa propre guérison. Il doit être actif et s'engager à travailler dans ce sens. (29,37)

Exemple de contrat : Le dentiste vient pour un sentiment de manque de temps à chaque fois qu'il travaille, qu'il est trop lent. Ça l'opprime. Il ne pense plus qu'à ça, au détriment de la qualité de son travail. Il lui est demandé : « Dans quel endroit pour vous, vous ne manquez jamais de temps ? Quel est le sentiment ressenti à ce moment-là ? Est-ce un sentiment » A partir de ces éléments de réponses obtenus, l'hypnothérapeute et le dentiste pourront établir un contrat.

Durant cette étape de prise de connaissance, une connexion inconsciente entre deux individus a débuté. C'est la synchronisation entre le patient et son thérapeute.

En hypnose, la synchronisation est une phase imperceptible pour le patient et un travail complexe pour l'hypnothérapeute. Malgré son utilisation quotidienne dans les relations humaines de façon naturelle, la synchronisation est obtenue et renforcée par des techniques propres à l'hypnose ericksonienne.

La synchronisation est un phénomène de mimétisme qui consiste en un jeu d'observation et d'adaptation du praticien avec son patient. Il se fait à tout niveau du vocabulaire, de l'attitude, de certaines mimiques ou encore à la façon de s'exprimer.

Il est important de déterminer la sensorialité qui prime chez le patient pour faciliter l'interaction et stimuler son attention et son imagination. Ce travail a déjà démarré lors du premier contact avec le patient lors de l'anamnèse et se poursuit tout au long de l'entretien. C'est un exercice d'observation et ré-ajustage permanent de la part du praticien. Ensuite il faut que le praticien s'y aventure. Pour cela, le lexique en rapport avec les sens prédominants sera intégré dans le discours.

Exemple :

Si c'est l'Ouïe on utilisera « Je t'entends bien vous... »,

Si c'est le Touché on utilisera « Vous ressentez une sensation de douceur. »

Si c'est la Vue, on utilisera « je vois ce que vous voulez dire. ».

Le but de ce phénomène est de mettre à l'aise le patient, mais aussi de mettre le patient et le praticien sur le même canal de communication. Si le praticien et son patient arrivent à avoir le même langage verbal et non-verbal, le patient se sent compris et reconnu.

Le niveau conscient du patient baisse la garde, il est donc plus facile de communiquer et d'agir sur l'inconscient.

3.5.2. L'induction

L'induction peut être de deux types qui illustrent très bien les deux courants d'hypnose.

L'induction traditionnelle utilise les suggestions dites **directes**. L'hypnotiseur dirige la séance, il dicte les actions et les sensations de son sujet sans détour. Les phrases utilisées sont claires et intelligibles.

C'est une technique rigide et standardisée, indifféremment utilisée sur tous les sujets. L'inconvénient majeur est son manque de souplesse face à un sujet résistant. Elle était utilisée dans les hypnoses de foire ou de Messmer.

L'induction directe joue sur la focalisation de l'attention du sujet sur un point quelconque qui entraîne une diminution de la conscience.

Exemple : « Des mouvements de la main devant le visage du patient, la fixation d'une source lumineuse, suggestion de relaxation musculaire progressive ou la fascination par le regard. »

L'induction éricksonienne est beaucoup plus ouverte vers l'autre, ce qui lui permet de contourner les résistances du patient. L'hypnothérapeute peut s'adapter grâce à une personnalisation de la technique.

Cette induction est simplement conversationnelle. Tout le travail de guérison se fait par la parole. Elle peut être difficile à percevoir, voire insidieuse.

L'hypnothérapeute se fonde avec la personnalité et le langage du patient. Par diverses techniques, il va restreindre le champ de conscience du sujet sur des thèmes qui lui tiennent à cœur. Il faut captiver toute son attention.

Les techniques d'induction conversationnelle sont :

- **La conversation personnalisée.** L'hypnothérapeute concentre toute l'attention du sujet sur des thèmes ou des histoires. Cette focalisation crée une modification du conscient. Il est possible de créer cette modification par l'ennui. Le patient pour s'évader du discours du thérapeute va laisser vagabonder son esprit. Il va se détacher du maintenant et d'aujourd'hui.
- **Poser des séries de questions.** Le fait de poser une multitude de questions sans interruption sature l'esprit du patient ce qui altère le conscient. Ne sachant pas quelles informations traiter, le cerveau ne perçoit pas les messages indirects. Les séries de questions peuvent servir à réorienter les pensées du patient.
- **Se servir de la motivation du sujet et son bon sens.** Il s'agit d'aider le patient à se remémorer une sensation positive vécue ou fantasmée. Elle sera alimentée de questions pour la rallonger.
- **Évoquer une autre induction.** Lors de séances successives, le patient a intégré

de nouvelles sensations et expériences. Le thérapeute se sert des expériences passées pour amorcer l'induction plus rapidement et plus profondément.

- **Créer une confusion.** L'état d'incompréhension où le patient est placé, concentre tout le potentiel d'intellectualisation. Pendant ce temps, la partie consciente ne prend pas en compte les messages indirects adressés à l'inconscient.
- **Le surprendre.** Dans un état de stupéfaction, un individu est plus alerte sur la suite des événements. L'induction utilise cet état de vigilance pour augmenter la suggestibilité.
- **Utiliser la résistance du sujet.** La thérapie par l'hypnose évite tout braquage du patient dans la thérapeutique. L'échec et le refus font partie intégrante d'une hypnothérapie. Cette vision donne toujours le choix au patient de la voie à prendre. On ne peut l'utiliser qu'en hypnose ericksonienne grâce à son discours personnalisé. (29,33,37)

3.6. Le traitement

Une fois la dissociation conscient-inconscient, le travail démarre. Cette partie consiste à ré-associer les idées, les expériences, les apprentissages, les problèmes et les possibilités de la vie entre elles de manière à trouver des solutions. La restructuration du psychique se fait grâce à une discussion et un travail avec l'inconscient, tout en écartant le conscient de ce processus.

L'hypnose développe toutes ses vertus durant cette phase d'éveil, où les suggestions y sont naturellement assimilées.

3.6.1. Le langage hypnotique

Les techniques d'Erickson prennent pleines possessions de leurs moyens dans cet état. Erickson est passé maître dans l'art de communiquer l'inconscient. Ainsi, le thérapeute accompagne le sujet vers les voies thérapeutiques de la guérison. Les suggestions laisseront toute l'autonomie nécessaire au patient de se diriger dans le chemin voulu.

Le langage hypnotique influence l'inconscient en contournant le conscient. Le verbale et non-verbale font partie intégrante de ce langage.

Les techniques de communication avec l'inconscient permettront le réagencement des idées qui sont :

- **La voix**

C'est l'un des instruments les plus importants du thérapeute. Le passage du message hypnotique est facilité par le jeu de la voix. Le thérapeute varie *le style vocal* en fonction des patients et du message à transmettre.

La tonalité permet d'insister sur des passages précis du discours hypnotique ou inversement d'effacer l'intérêt porté sur d'autres parties. Ainsi, il est possible d'introduire une suggestion de façon indirecte, à l'inconscient du patient.

Le rythme de la voix est une variation importante aussi. L'augmentation du débit des mots à certains moments et le ralentissement à d'autres, focalise l'attention du patient sur la partie du discours qui nous importe. Le débit rapide noie le discours. En revanche, le ralentissement du débit augmente l'intérêt de l'inconscient du patient qui considère cette phrase plus importante. Le fait de marquer des pauses focalise aussi l'attention de l'inconscient et favorise la piste de réflexion.

Exemple : « ... Vous POURRIEZ vous sentir plus confortable simplement... en fermant... les yeux d'une manière paisible et, quelle que soit votre façon de le faire, j'aimerai simplement que vous... vous laissiez... centrer votre attention sur l'idée... d'être simplement confortable et il y a eu de nombreux MOMENTS, de nombreux ENDROITS, de nombreuses SITUATIONS où vous vous êtes senti si CONFORTABLE. » Extrait de Transe de réduction du stress. Eleanor S. Field, Ph.D. Tarzana, Californie. (38)

La synchronisation de la respiration est le dernier point à utiliser dans la communication hypnotique. L'hypnothérapeute se cale à la respiration du patient pour insuffler son discours au bon moment. Pendant les phases d'expiration, le sujet rentre dans un état de relaxation naturel et il est donc plus à l'écoute du message.

- **Les truismes**

Les truismes sont des vérités évidentes. Les truismes sont des affirmations qui ne peuvent être contestées. Le conscient ne pouvant qu'acquiescer chaque truisme, il « s'endort » laissant le dialogue au possible avec l'inconscient.

En enchaînant les truismes, le praticien induit le patient dans un état d'acceptation. En hypnose, il est donné une série de truismes au patient en rapport avec son environnement.

Cette technique crée un lien avec le sujet en utilisant des vérités de l'endroit où il se trouve. Le patient ne peut qu'accepter et suivre le praticien dans son discours.

À force d'accepter chacun des truismes, le patient continue et accepte machinalement les dernières affirmations sans y réfléchir, des affirmations parfois erronées.

Exemple : « ... et alors que vous êtes ici...(oui!) vous vous êtes installé tout naturellement dans ce fauteuil...(oui!) et que vous entendez le son de ma voix... (oui!) et que vous réussissez à distinguer... aussi des sons beaucoup plus infimes...(oui!) et à chacune de vos respirations... vous sentez une relaxation plus profonde... (oui!)»

Dans cet exemple, il est remarquable le choix d'un lexique sur l'ouïe.

- **L'implication**

Il s'agit par l'utilisation de suggestions implicites, d'activer des réactions chez le patient, voulues par le thérapeute. Par une communication indirecte, mais orientée avec l'inconscient, on implique une réponse de sa part.

*Exemple : « Vous entrez en contact avec l'ensemble de ressources qui est en vous. »
L'inconscient intègre l'idée qu'il y a des ressources en lui.*

- **La négation**

La négation est utilisée quand le thérapeute est face à un sujet résistant. Elle permet de garder un lien en proposant une alternative.

La négation crée une confusion chez le patient. Le traitement d'une phrase formulée négativement est plus difficile. Pendant ce temps-là, le conscient est focalisé sur la résolution de l'information et laisse plus facilement atteindre l'inconscient.

Exemple : « Ne pensez pas à une rivière limpide et n'imaginez pas ses vertus sur le corps qui délassent le corps et libèrent l'esprit pour ressentir les effets. »

- **Le lien et les doubles liens**

Ces techniques ont pour but d'orienter le patient dans le sens du thérapeute à l'aide des sensations et actions du patient. Elles sont de deux types, simples ou doubles.

Le lien consiste à offrir une multitude de choix au patient sachant que, quel que soit le chemin choisi, il ira dans celui du thérapeute. Ce choix illusoire évite les résistances éventuelles.

Exemple : « vous pouvez fixer ce point ... et vous sentir confortable dans ce fauteuil »

Le double lien consiste à poser des choix inhabituels qui feront chercher la réponse dans son inconscient.

*Exemple : « Je ne sais pas si l'engourdissement de votre corps est rapide ou lent. »
Dans cette phrase, l'intérêt n'est pas le fait de savoir la rapidité de l'engourdissement mais que la phrase induit l'idée qu'il y a un engourdissement.*

- **Le questionnement**

Par le questionnement, le hypnothérapeute va suggérer indirectement des comportements et sensations au patient. Il n'y a pas de finalité à la question, juste une orientation donnée. Cette technique permet de respecter le patient en gardant une position d'accompagnant.

Exemple : « Vous semblez vous détendre à votre rythme, n'est-ce pas ? » Ou « Il est agréable de lâcher prise en toute sécurité, le saviez-vous ? »

- **Le saupoudrage**

Le saupoudrage s'adresse directement à l'inconscient. L'hypnothérapeute introduira de façon sporadique des suggestions par l'intermédiaire de mots ou phrases dans son discours, de pause avant un message important ou encore en insistant sur certains mots et tournures de phrase. L'inconscient récupérera le message.

- **Le signaling**

Comme la communication se fait dans les deux sens, le praticien donne au patient des moyens de réponse comme un geste ou un mot spécifique. Le signaling avertira le praticien que le patient est bien arrivé où il voulait l'emmener ou que le patient est bien en phase avec les propositions.

- **La symbolisation et les métaphores**

La symbolisation passe par la narration d'une histoire à la première lecture totalement écartée du sujet de la consultation. Une histoire qui ne touche pas directement le patient est d'autant plus écoutée par lui. Lors de la deuxième lecture, on se rend compte que l'histoire est orientée de telle sorte à résoudre un problème. C'est une approche indirecte du problème qui touche le patient directement. L'image envoyée à l'inconscient permettra une résolution inconsciente en changeant la perspective du problème.

La métaphore a un pouvoir hypnotique fort. Elle appelle à l'imagination du patient. Le fait de parler du problème inconsciemment, la résistance du patient en sera diminuée et le travail avec l'inconscient augmenté. La métaphore est le principe de traduire une idée abstraite par une image concrète. Une bonne image est toujours plus marquante qu'un long discours. C'est dans ce sens que le thérapeute organisera ses métaphores.

La personnalisation de la métaphore est très importante, car elle répond aux sensibilités et aux problèmes d'une personne à un moment et à une situation donnée. (39)

- **Les gestes et le pantomime**

Il est possible d'induire une hypnose chez quelqu'un uniquement par le langage non verbal. Mr Erickson en est le parfait exemple. En faisant un geste ou en ayant une attitude inappropriée à un contexte, on crée une confusion. Cette confusion permet l'interaction avec l'inconscient pendant que le conscient recherche une logique dans la situation. (29)

3.6.2. Aide à l'induction

Pour rappel, l'induction est un facilitateur d'accès à un état hypnotique. Cet état est caractérisé par ouverture d'esprit sur le monde dans le bien-être et le relâchement. La lucidité nouvelle permet au patient de retrouver des solutions. L'induction démarre par l'insertion d'une idée et dans certaines séances elle peut être suffisante à sa réussite.

L'état d'éveil n'est autre que l'état de dissociation obtenu par dépotentialisation du conscient ou profit de l'inconscient ou du réel et de l'imaginaire. Le nouvel élan créatif combiné à la réappropriation de son soi donne des solutions aux problèmes que le patient est venu trouver. (40)

3.6.2.1. Le rythme d'une induction moderne

Dans un premier temps, le patient s'installe confortablement.

Le praticien commence par établir une fixation de l'attention sur un point de sa sensorialité. Le plus souvent, il utilisera la vue, car elle est généralement prédominante.

Une fois le patient concentré, il sera redirigé vers sa respiration qui est souvent vectrice de relaxation essentiellement dans la phase expiratoire. Le patient sera invité à se relaxer et surtout à ressentir cette sensation de relaxation, au niveau corporel. Les sensations ressenties seront suggérées verbalement par le praticien.

Par exemple : *Un corps de plus en plus lourd. Ou une sensation de chaleur qui se diffuse.*

Un approfondissement de la transe est ensuite obtenu par un comptage qui aide le patient à s'enfoncer progressivement. Le comptage est généralement associé à la métaphore.

Par exemple : *Vous arrivez devant une échelle ou un escalier, ça n'a pas d'importance. Vous allez monter sur chaque marche, vous allez vous sentir de plus en plus léger, tranquille. 1,2,3... vous sentez vos membres flotter. 4, 5, 6... ils sont de plus en plus légers. 7, 8, 9, 10...*

L'induction sera continuée en se servant de l'imagerie spécifique au patient. Les suggestions seront portées sur un lieu, un son, un souvenir agréable.

Le fait d'alterner les types de stimulus va créer une confusion. Une confusion accentue la transe hypnotique. L'hypnothérapeute passera d'une approche digitale à analogique

ou physiologique à imaginaire. (40–42)

3.6.2.2. Dans la pratique

Le questionnaire de début de thérapie dans le sens où l'hypnothérapeute est informé des antécédents du patient avec l'hypnose. S'il a déjà participé à des séances d'hypnose, il sait ce qui a fonctionné, ses préférences.

-Test d'hypnotisation.

Dans un premier temps, il est possible de faire des tests de suggestibilité.

Ses tests donnent des renseignements sur les caractéristiques du patient lors d'une hypnose, tels que : le degré de suggestibilités, le degré de résistance, les comportements face au type d'hypnose, mais aussi de défocaliser le patient de son environnement vers l'immersion dans l'hypnose, ajuster la position à avoir, le ton, le rythme de voix...

En voici quelques tests simples à réaliser :

On demande au patient de tendre les bras en face de lui avec les paumes orientées l'une vers le haut et l'autre vers le bas.

Le praticien va par un jeu de questions fermées spécifiques et de temps de pause dans ces phrases, créer une période de confusion.

Le patient fermera les yeux. Et le praticien lui suggérera de mettre des poids dans sa main en position vers le haut et un aimant attiré vers le haut dans l'autre. Avec le temps, la force de l'aimant et le poids vont s'accroître.

Le praticien insistera sur la sensation de fatigue musculaire et des forces exercées sur les mains.

D'autres tests du même genre sont possibles, avec la chute vers l'avant, les doigts qui s'attirent. (40,43)

-Stratégie des techniques d'induction.

L'induction classique était comme l'hypnose en général, autoritaire.

L'induction contemporaine est plus permissive. Il y a un véritable dialogue praticien-sujet et une adaptation de tous les instants du praticien.

L'objectif à atteindre grâce à l'hypnose est la saturation du conscient. Pour se faire, l'induction induit un sentiment de confort en s'appuyant sur la surcharge d'informations sensorielles avec toujours l'idée de l'affinité à l'un des sens plus présents.

-Les techniques d'induction.

Les techniques sont variables à utiliser en fonction du patient, mais aussi du futur de la thérapie.

En début de séance, il est possible d'utiliser :

- La méthode de fixation des yeux sur un point précis choisi par le patient ou le praticien.
- La technique de fascination, cette fois la concentration se porte sur une source lumineuse (une lampe) ou mobile (la spirale hypnotique) ou les deux (une flamme).
- La respiration est la sensation de la relaxation qui en découle.
- Les techniques de relaxation progressive.
- Ouverture et fermeture rapide des yeux.
- La confusion entraîne une saturation de la conscience. Un niveau conscient acculé par une série de phrases n'ayant pour lui aucun rapport les unes avec les autres. Cette confusion fait déconnecter le conscient.
- La catalepsie consiste à donner conscience au patient qu'il est hypnotisé. Et s'il a déjà cette sensation d'être hypnotisé, il peut encore aller plus loin.
- Les suggestions verbales répétées,
- Le serrement de mains, Erickson pouvait juste en serrant la main de quelqu'un et en la levant induire cette personne. Cette technique crée une surprise et rompt le schéma de pensée. Cela laissera le temps aux suggestions suivantes de s'engouffrer dans la confusion occasionnée.
- L'évocation est multiple aussi bien d'un moment passé agréable, imaginaire tel qu'un voyage ou d'une tâche quotidienne demandant une forte concentration.

Pour approfondir une induction qui est le garant d'une bonne transe hypnotique, il est possible d'utiliser :

- Le comptage associe la progression dans l'approfondissement de la transe à une suite de chiffres croissants ou non. Cela crée une continuité dans le discours, le conscient se raccroche et se focalise sur cette suite logique. Ce qui laisse le champ libre à l'inconscient. Le comptage aide le patient à visualiser l'intensification d'une suggestion voulue.
- La dissociation conscient-inconscient, le praticien suggère qu'une partie de lui peut l'aider. Il va s'évertuer à y accéder. Cette partie de lui est l'inconscient.
- Les sons. Le principe est d'associer une musique, un bruit à une sensation voulu par le praticien. Ce son peut être réel ou imaginaire.
- La métaphore est un moyen de transmettre une idée inconsciemment. La métaphore contourne la critique et donc les possibles résistances.

En fin de séance par l'utilisation de la suggestion post-hypnotique. Ces techniques sont utilisées plus généralement en fin de séance. Elles apportent une valeur ajoutée pour les futures inductions.

Par exemple : « vous ressentez cette sensation qui peut être agréable, je ne sais pas. À la prochaine séance, dès que vous vous installerez tranquillement confortablement. Vous ressentirez cette sensation et bien plus... »(40,43)

3.6.3. Les suggestions

Une suggestion est une proposition faite à une autre personne.

Il en existe de 3 types :

-La suggestion directe autoritaire est un ordre ou une demande fermée et autoritaire.

C'est le type de suggestion utilisée par Messmer ou Puysegur dans l'hypnose classique. Les points négatifs sont de ne laisser aucun choix au patient et de se limiter assez vite si l'hypnothérapeute se trouve devant une forte résistance.

Exemple : « Vos paupières sont lourdes, maintenant,... fermez-les ! »

-La suggestion directe non autoritaire, reste toutefois autoritaire, mais beaucoup plus permissive. Mr Erickson l'utilisait sans insistance et toujours dans le respect du patient.

Exemple : « Il possible que vous ressentiez les paupières s'alourdir petit à petit... et peut-être que vos yeux vont se fermer. »

-La suggestion indirecte. Il s'agit de ne rien demander au patient de façon claire, mais d'inciter un changement de comportement, de sensations ou de ressentis. La suggestion indirecte évite le circuit conscient pour s'adresser à l'inconscient.

Exemple : « À être bien installé comme maintenant, ça me donne envie de reposer mes yeux ? »

Le but recherché est toujours le même, mais la manière de le suggérer diffère.

3.6.4. Les altérations de perception par l'hypnose

3.6.4.1. De temps

La perception du temps dépend de chaque individu et de l'activité faite à ce moment-là. Le temps semble accéléré, lors d'activités intéressantes ou amusantes et donc plus lent quand on travaille sur des sujets ennuyeux.

L'hypnose peut moduler cette perception subjective du temps. Elle est utilisée sur les patients atteints de maladies chroniques pour réduire les périodes de douleurs et allonger les périodes d'accalmies. Le temps est un facteur de stress important, l'hypnose modifie la perception du temps chez le stressé pour l'aider à le gérer.

Il est possible de se projeter dans le futur. C'est un levier de motivation important. Le fait de pouvoir vivre un futur réjouissant sans son problème donne une perspective positive de l'avenir et la force d'avancer.

3.6.4.2. Amnésique

L'amnésie est naturelle comme perdre le fil d'une conversation ou ne pas se souvenir pourquoi être venu dans cette pièce. Au même titre, l'hypnose peut atténuer certaines périodes traumatisantes. Cette amnésie provoquée par l'hypnothérapeute évite au conscient d'intellectualiser la séance d'hypnose et de reprendre la séance où ils l'avaient laissée sans pensée parasite.

Il est possible de retrouver des souvenirs enfouis. On nomme ça, l'hypermnésie.

3.6.4.3. Sensorielle et corporelle

L'hypnose va modifier selon les besoins les 5 sens. L'utilisation de suggestion en hypno-analgésie se traduit par la modification d'une sensation douloureuse en une autre sensation.

Par exemple : Pendant l'anesthésie, la sensation de l'effraction de l'aiguille dans la muqueuse peut passer pour un picotement ou un pincement.

La modification corporelle est avant tout utilisée pour l'induction ou la confirmation de transe hypnotique. Il y a la catalepsie et la lévitation.

3.7. La prévention du burn-out par hypnose

Il sera expliqué dans ce chapitre comment il est possible de jumeler la gestion du burn-out et l'hypnose.

3.7.1. Phase de prévention primaire

- La position de travail du chirurgien-dentiste est traumatisante. Elle peut occasionner des **douleurs** chroniques ou aiguës. Dans ce sens, l'hypnose est souvent utilisée dans les services de soins palliatifs ou à plus petite échelle par les hypnothérapeutes pour réduire en apprenant à gérer la douleur. Il pourra être suggéré :

« Vous allez ressentir d'autres sensations qui sont plus acceptables que la douleur, peut-être une légère fraîcheur ou chaleur, une légèreté ou une lourdeur ... ou n'importe quelle combinaison de ces sensations qui soit plus acceptable pour vous. »» (22,39,44)

- Le **bruit** est un facteur de stress très présent au cabinet. Naturellement, lors des soins, le dentiste fort de sa concentration fait abstraction du bruit environnant. L'hypnose aide à cette gestion en modifiant ce bruit en une appréhension de celui-ci plus agréable.
- **Les troubles du sommeil** sont fréquents et handicapants dans la récupération de stress subi dans la journée. Pour vaincre ces troubles, l'hypnose et plus particulièrement l'auto-hypnose peut ou va suggérer un lâcher prise. Le lâché prise sera enclenché en détournant l'attention du sujet vers une idée plus grande que sa propre personne, comme par exemple : le cycle du jour avec le lever et le coucher du soleil, la lune, les étoiles et que tout être vivant suit ce rythme immuable. Le vocabulaire tournera autour des thèmes du repos, du sommeil, du sombre, de la sécurité et de l'apaisement.
- Il a été vu que le **stress** est le moteur du burn-out. L'une des stratégies de la gestion du stress par l'hypnose s'effectue par la création d'un lieu de sécurité. C'est un lieu, réel ou non, projeté dans l'imaginaire par le sujet lui-même. La description et les suggestions seront orientées par du vocabulaire sur la thématique du calme, de l'apaisement et de la sécurité. Le relâchement et le bien-être occasionnés seront mis en évidence par les suggestions orientées sur les sensations. Grâce des suggestions post-hypnotiques, les sensations obtenues durant la dissociation perdurent après la séance.

Il est possible de changer la perspective d'un élément stressant grâce à l'hypnose. Ainsi, l'hypnose aide à trouver des ressources insoupçonnées pour résoudre le problème.

- La **fatigue mentale** peut être palliée par des suggestions hypnotiques.
- Dans les facteurs à gérer contre le burn-out, il y a aussi le temps et l'organisation.

L'utilisation de l'hypnose est un art de vivre. Le surmenage de la profession est amoindri par la mise en place de temps pour soi, ou de la plage horaire d'auto-hypnose durant la journée. (12,23,45)

3.7.2. Phase de prévention secondaire

Nous avons vu précédemment que lors de burn-out la perte de confiance et d'**estime de soi** diminue drastiquement. L'hypnose peut permettre un renforcement de l'estime de soi. Elle va agir sur la perception de son image. Pour cela, le thérapeute va chercher d'où vient cette vision et quel est le problème. En utilisant par exemple des métaphores, le thérapeute va aider le patient à accentuer ses points forts ou à minimiser les échecs ou tout au moins à mieux les gérer. (25,45)

3.7.3. Phase de prévention tertiaire et le traitement

L'utilisation de l'hypnose dans la prévention du burn-out regroupe l'ensemble des stratégies de la prévention primaire et secondaire. L'hypnose apparaît être un outil intéressant dans le traitement psychiatrique du syndrome de burn-out. (26)

Lors du traitement psychiatrique, l'hypnose aide le thérapeute dans les différentes étapes du processus de guérison. Dans la phase de communication, le couple patient/praticien doit se synchroniser et l'empathie développée par la pratique de l'hypnose est un plus.

La **phase d'évaluation** est la photo à l'instant "t" du patient. Il sert de référence dans l'évolution de traitement. Il y a un apprentissage de l'auto-critique. L'auto-hypnose crée aussi cet apprentissage pour ajuster ses auto-suggestions en fonction des besoins évalués.

La **phase d'acceptation** est une des phases cruciales du traitement, où le déni de la pathologie est substitué à meilleure perception du soi. Les séances d'hypnose peuvent être axées sur l'écoute de son corps telle que la lassitude physique et morale.

Les **phases de désengagement, de recherche de sens et de redécouverte** sont taillées pour l'hypnose. Effectivement, l'hypnose va changer les perspectives du sujet de négatives à positives et réapprendre à s'ouvrir. Elle permettra au sujet d'être plus imaginaire donc trouver des solutions aux obstacles rencontrés au cabinet.

3.8. Auto-hypnose

3.8.1. Pourquoi l'auto-hypnose ?

L'auto-hypnose a de nombreuses applications dans la lutte contre le burn-out. Elle a une influence sur le trépied du burn-out. Elle fait partie des outils de prévention primaire, secondaire et tertiaire du burn-out. (23,46)

Dans l'épuisement professionnel, l'hypnose peut aider à :

- chasser le sentiment d'échec et les pensées négatives.
- se mettre à l'abri du stress et ses actions sur l'organisme.
- prévenir les maladies psychosomatiques.
- atténuer la douleur.
- optimiser son activité cérébrale.
- éloigner les problèmes relationnels qui surgissent sur le lieu du travail.

L'auto-hypnose aura des applications dans la vie de tous les jours au niveau affectif, de la sexualité, mais aussi de la relation entre les personnes en général. L'auto-hypnose est très utilisée par les adeptes de la pensée positive.

L'auto-hypnose est un art de vivre, par la mise en place de séance dans notre quotidien. Ça nous donne une nouvelle philosophie d'aménagement du temps. (12)

Cette technique d'hypnose est utilisée pour les patients aussi avant ou pendant les soins. Elle aura pour objectif de relaxer, renforcer la confiance en soi ou encore dépasser ses phobies.(46)

3.8.2. La mise en place

3.8.2.1. Où ?

L'auto-hypnose se pratique où l'on souhaite avec un peu d'entraînement. Il est conseillé de s'installer dans un endroit calme propice à la relaxation. Il faut pouvoir être dans une position confortable pour ressentir uniquement ce que l'on va s'induire. Il faut être de préférence en position assise, les pieds ancrés au sol. Il est possible d'être allongé avec un risque accru de s'endormir. Une sieste est bénéfique, mais n'est pas l'objectif de la séance.

C'est une pratique qui demande de l'entraînement. Elle peut être amorcée par un hypnothérapeute à l'aide d'exercice spécifique ou de bande audio pour l'induction et la gestion de la transe selon les objectifs déterminés. Au fur et à mesure des séances, nous pourrons pratiquer l'auto-hypnose dans quasiment toutes les circonstances.

Il est fortement conseillé de couper tout moyen de communication électronique tel que les téléphones, ordinateurs... C'est important pour garder l'ensemble de l'attention sur l'exercice et rien d'autre. Les perturbations sonores sont traumatisantes. (47)

3.8.2.2. Quand ?

La pratique de l'auto-hypnose est faisable à n'importe quelle heure de la journée. Il y a tout de même des précautions à prendre avant de se lancer, tel que :

-il faut un état de fatigue faible pour éviter tout endormissement naturel lors de la séance au lieu d'une veille hypnotique, cela n'étant pas l'objectif recherché.

-il faut être soulagé de tout besoin comme la faim ou endormissement qui ont tendance à polluer notre esprit pour rendre la séance optimale.

-il est fortement déconseillé de s'induire dans un état hypnotique lors de l'usage de la voiture ou autre nécessitant une forte attention, tout ceci afin d'éviter les accidents.

Les maîtres mots sont persévérance et entraînement pour rentrer de plus en plus facilement en transe. Il est impératif d'être motivé dans le temps. Il n'y a pas de durée précise pour une séance d'auto-hypnose. Le principal est d'établir une plage horaire quotidienne pour cette pratique.

La seule problématique de l'hypnose est la perte de repère temporaire. Dans un premier temps, on peut programmer un réveil sachant qu'avec l'entraînement une horloge interne se met en place. (45,47)

3.8.2.3. Comment ?

Dans un premier temps, il faut déterminer l'objectif de la séance. Cet objectif devra suivre quelques exigences pour une auto-hypnose performante. Il devra être caractéristique, réaliste, temporel et quantifiable.

Des questions simples sont utilisées pour la formulation de l'objectif comme :

Quel changement veut-on obtenir ? Pour quand doit-on voir les avancées ? Cet objectif m'est-il personnel ? Quelles sont mes motivations ?

La formulation de l'objectif sera écrite noir sur blanc, tout en évitant les connotations négatives et les négations pour éviter tout message erroné à l'inconscient.

L'objectif quantifiable permet de garder une motivation pour une pratique régulière avec la perspective d'une progression supplémentaire.

L'objectif doit être réalisable. L'hypnose ne permettra pas de voler comme un oiseau.

Il faut réfléchir : à quelle ressource ai-je pour tenir mon but ? Ou À quelle ressource je peux développer pour tenir mon but ? Ou ai-je déjà réussi à obtenir un résultat quasiment similaire ?

Toutes ces questions sont très proches de celles posées pour un psychothérapeute lors d'un traitement de burn-out.

Dans un deuxième temps, on peut commencer la séance d'auto-hypnose. Elle devra être pratiquée au moins une fois par semaine. C'est le moment pour le pratiquant, elle ne doit pas être faite sous la contrainte.

Les yeux fermés, le sujet va se préparer à entrer en transe hypnotique par un jeu de respiration ventrale. Il sera accompagné de phrase d'induction. Cet exercice a pour but d'apaiser l'esprit, il voyagera plus facilement dans son imaginaire. Une relation musculaire s'en suivra. Il est possible de les associer à des suggestions sur le thème de la relaxation. La répétition de l'exercice avec mise en place d'un rituel crée un ancrage qui facilitera de plus en plus au changement d'état.

Par exemple : « Le rituel de l'ancrage peut être la sensation de relâchement associée à la main posée sur le ventre. Cette main permet de ressentir cette sensation. En posant sa main, l'inconscient du sujet va réactiver cette sensation de relâchement ».

La différence fondamentale entre l'auto-hypnose et la méditation se concentre dans l'utilisation des suggestions.

Les auto-suggestions sont soit réalisées par l'hypnothérapeute, soit par le sujet lui-même. Elles seront rédigées à la 2e personne du singulier pour dialoguer directement avec l'inconscient. Elles seront répétées à plusieurs reprises.

Une fois en phase de dissociation, on laisse son inconscient prendre le relais et se laisser aller. Encore une fois, il est plus aisé de passer par un hypnothérapeute. Il organise les séances d'auto-hypnose à l'aide d'enregistrement audio et crée en amont avec le sujet les ancres qui facilitent la transe hypnotique.

La durée de la séance est déterminée à l'avance. L'inconscient progressivement retournera à la réalité. (48,49)

3.9. L'hypnose en dentaire

La relation avec le personnel et les patients est facilitée par l'hypnose dans le sens où lors de sa formation, le praticien développe une aptitude plus aiguisée à l'écoute, l'empathie et la compréhension de l'autre. S'il y a plus de compréhension donc on constate moins de conflits et moins de stress.

L'hypnose dans la pratique dentaire au quotidien a de nombreuses applications comme :

-la gestion de l'anxiété ou des phobies dentaires.

-la pédodontie.

-l'anesthésie.

-l'adaptation des prothèses et acceptation.

-le contrôle des réponses physiologiques (les saignements, le flux salivaire, les réflexes nauséux)

-le bruxisme.

-la motivation à l'hygiène.

-la rééducation fonctionnelle des jeux musculaires oraux-faciaux.

Ces applications augmentent considérablement le confort du patient et l'univers de travail du chirurgien-dentiste.

L'hypnose est un moyen d'enrichir la panoplie technique du dentiste. La formation apporte une amélioration de l'estime de soi. Elles limitent la routine de la pratique et permettent une ouverture, bénéfique à la santé mentale au travail.

Des études sur des professionnels de santé et services de soins où l'hypnose est pratiquée montrent une amélioration du bien-être du personnel. Il y a moins de stress, plus de confiance en soi et un sentiment de meilleur résultat.

La gestion de douleur est un facteur très important dans la relation praticien patient.

La douleur est composée d'aspects, l'un proprioceptif et l'autre psychologique. L'hypnose est un atout important dans cette gestion. Un patient phobique présentera un seuil à la douleur plus faible qu'un patient non phobique. (52-54)

Dans une séance d'hypno-analgésie, le dentiste quantifie l'intensité de la douleur du patient. Grâce à cette échelle de la douleur, le patient peut la matérialiser par l'imagination. Des suggestions sont alors utilisées autour de la thématique de la graduation de la douleur. (50,51)

Le dentiste vérifiera si le patient est dans la phase de dissociation et la profondeur de celle-ci. Il vérifiera aussi si les suggestions analgésiques ont fait leur effet. Le soin pourra alors commencer. Les stratégies en hypnose pour annihiler la douleur sont :

-La relaxation musculaire

-Le déplacement de la douleur dans une partie du corps moins sensible.

-La dissociation, le patient est transporté en dehors de son corps. Il assiste à la scène douloureuse sans en être acteur. De ce fait, il est resté dans une position confortable durant le soin.

-L'amnésie hypnotique, le dentiste supprime le signal qui engendre la douleur.

-La substitution de la douleur par une autre sensation comme un picotement ou de la fraîcheur.

-La distorsion du temps, la perception de la durée du soin est raccourcie ainsi que les sensations d'inconforts ou de douleurs associées au soin.

-La régression d'âge, le patient est guidé vers une période de sa vie où la douleur n'était pas présente.

Une fois le soin fini, des suggestions post-hypnotiques peuvent-être intégrées dans le discours hypnotique. Elles serviront à faciliter les futures inductions, à rendre les transes hypnotiques plus profondes ou à prolonger l'effet de l'hypnose après la séance.

La dernière étape est la réassociation. Elle consiste à relier le patient à l'environnement c'est à dire : au maintenant et ici avec son corps et son esprit (le conscient et l'inconscient). (38,39,52)

L'hypnose produit une altération de la réalité aussi bien sur le plan proprioceptif que psychologique. Ainsi on peut envisager d'augmenter le seuil de gestion de la douleur, voire d'annihiler la douleur par une nouvelle perception de celle-ci (53-55).

La sécurité sociale reconnaît l'hypnose comme un acte de l'arsenal thérapeutique à part entière dans la lutte contre la douleur. L'hypnose est codifiée par ANRP001 dans la CCAM, sous l'appellation « séance d'hypnose à visée antalgique ». Cette cotation est hors nomenclature, ce qui laisse au praticien la possibilité de mettre les honoraires voulus avec tact et mesure. Il n'y aura pas de remboursement associé.

Les techniques d'hypnose permettent au patient de modifier leur perception de l'image du dentiste. Ce nouveau regard sur le praticien aide à renforcer l'estime de soi, au sentiment du travail bien accompli. Lors de futures consultations, le patient fort de cette nouvelle expérience hypnotique reviendra avec moins d'appréhension et de stress communicatif au praticien (46).

3.10. Comment se former ?

L'intérêt pour le praticien de se former à l'hypnose est double.

D'un point de vue professionnel, il apporte un confort dans le soin aussi bien pour le patient (phobie, douleur, nausée ...) que pour lui-même avec un aménagement particulier du cabinet et de la gestion du temps.

D'un point de vue personnel, la formation permet d'apporter un œil nouveau sur son métier et une valeur ajoutée qui peut permettre d'améliorer l'estime de soi.

3.10.1. Les formations universitaires

Les formations en hypnose médicale sont réservées aux personnes ayant fini leur formation initiale de santé. Les formations peuvent être suivies par des médecins, des psychologues, des infirmières, des dentistes, des kinésithérapeutes, des orthophonistes ou encore des sages-femmes. Les compétences de base des professionnels énoncées sont primordiales dans la pose du diagnostic et dans la prescription d'hypnose.

L'hypnose ne doit pas prendre le pas sur la pratique classique, mais il doit être un outil complémentaire à la pratique du professionnel de santé. Comme l'hypnose ne confère pas de compétence supplémentaire, elle améliore la capacité d'action du praticien(33).

Sur les 16 facultés de chirurgie dentaire française, seul Nice propose un Diplôme Universitaire d'hypnose dentaire. D'autres DU en hypnose médicale sont accessibles au chirurgien-dentiste, ils sont proposés par les facultés de Bordeaux, de Montpellier, de Paris VI et de Toulouse.

L'obtention du diplôme est acquise une fois la validation de la présence aux différents modules (d'environ 60 à 100 h), le mémoire sur l'hypnose, l'épreuve pratique et écrite.

Le diplôme donne une véritable légitimité sur les capacités à la bonne pratique de l'hypnose.

Depuis 2016, la faculté de chirurgie dentaire de Lille a mis en place une Unité Enseignement Librement Choisie pour une première approche en hypnose médicale.

3.10.2. Les autres formations

À l'inverse, on peut trouver une multitude de formations dans des instituts privés ou associatifs. Cela prouve qu'il existe un réel engouement des praticiens et une réelle demande des patients. Elles sont réservées à une population médicale qualifiée plus ou moins large.

La Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves a pour but d'harmoniser la pratique et la formation de l'hypnose. Dans cette optique, elle tient à jour une liste des instituts et des associations suivant le code éthique mis en place par celle-ci, sur son site internet : <http://www.cfhtb.org/membres/>.

Tous les modules sont présentiels dans l'idée que l'hypnose ne s'apprend pas dans la pure théorie. L'apprentissage de l'hypnose nécessite la transmission de l'expérience, la pratique et le ressenti de cette dernière.

La chronologie des formations reste sensiblement la même, découpées de différentes manières en module.

-La présentation de l'hypnose au cabinet, dans l'histoire et dans notre corps.

-L'apprentissage des bases théoriques de l'hypnose.

-Le perfectionnement des techniques et discussion de cas.

-Les applications au fauteuil et mise en situation.

-Utilisation de l'auto-hypnose pour le praticien et le patient.

4. CONCLUSION :

Le burn-out est une maladie insidieuse. Il a un effet négatif aussi bien psychologique que physique. Cette maladie est évolutive. Le burn-out est un processus et non un état. La gravité des symptômes peut être très variée en fonction des degrés d'atteinte de la maladie. Ils restent assez généraux, ce qui la rend difficile à diagnostiquer et à prévenir. Le plus souvent, le diagnostic est trop tardif.

Le burn-out avance par un épuisement professionnel, une dépersonnalisation des relations et une perte d'accomplissement personnel.

Le stress est la base du burn-out. Dans l'univers du cabinet dentaire, on l'a vu, les facteurs de stress sont partout. La prévention est importante pour éviter cet enfoncement au quotidien dans le travail.

La prévention est primaire, secondaire et tertiaire. Elle consiste à adapter soit l'environnement, soit donner à la personne atteinte les outils pour lutter face au stress ou encore à modifier ses habitudes de vie. Dans ces trois moments d'action, l'hypnose peut jouer un rôle intéressant.

L'hypnose est un processus naturel que tout le monde peut atteindre seul. Dans le cas de la gestion du burn-out, l'hypnose agit à différents niveaux du traitement avec comme accompagnateur l'hypnothérapeute. Elle permet de faciliter l'acceptation de certains faits ou encore de modifier la perception du monde du travail.

L'hypnose offre à la personne qui l'utilise une ouverture du soi vers le monde extérieur. La personne pressurisée par le travail peut se libérer de ce point par la porte de l'hypnose.

La pratique de l'hypnose dans la gestion du stress ne se fait pas uniquement pour le praticien. Il serait logique de s'intéresser plus précisément à son utilisation au quotidien pour le patient dans le cabinet.

5. Bibliographie

1. COURTY B. L'épuisement professionnel des soignants en gériatrie. French. Editions universitaire europeennes; 2010. 39p.
2. CHAPELLE FG. Modélisation des processus d'épuisement professionnel liés aux facteurs de risques psychosociaux : burn out, bore out, stress chronique, addiction au travail, épuisement compassionnel. J Thérapie Comport Cogn. 2016 Sep;26(3):111-122p.
3. UEHATA T. A Medical Study of Karoshi. Vol. National Defense Counsel for Victims of Karoshi. Mado-sha; 1990.
4. FREUDENBERGER H. Staff burnout. J Soc Issues. 1974;(30):161-164p.
5. TRUCHOT D. Epuisement professionnel et burnout. Concepts, modèles, interventions. Dunod; 2004. 8-11p. p.
6. MASLACH C, SCHAUFETI W. Historical and conceptual development of burnout. :9p.
7. PERLMAN B, HERTMAN EA. Burnout sammuy and future research. Hum Relat. 1982;(35):292p.
8. BEDART D, DUQUETTE A. L'épuisement professionnel, un concept à préciser. Infirm Quebec. 1998;(Septembre):20p.
9. DELBROUCK M. Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel. de boeck; 2008. 34p.
10. JACKSON SE, MASLACH C. Burnout pour les professionnels de santé:une analyse psycho-sociale. Sanders. Londres; 1982. (Coll. Social Psychology of Health and Illness).
11. COOPER CL. Stress concept : Past, present and futur. New-York: Stress research; 51-86 p.
12. GUYONNAUD J-P. L'auto-hypnose: une clef pour améliorer votre vie. Paris: Ellébore; 2002. p. 26; p.46.
13. DUBEY G, MEYER JP, MARTINET C. Théories et méthodologies: Le Travail humain, n 1, 2001. Paris: PUF; 2001.
14. GREENGLASS. Pro-active coping, work stress and burnout. Stress News. 2001; (13):p5-9.
15. TRUCHOT. Un cadre trop individualisant. In: Epuisement professionnel et burnout Concepts, modèles, interventions. Paris: Dunod Edition; 2004.
16. HOBFOLL. Conservation of resources: a new attempt at conceptualising stress. Am Psychol. 1989;(44):p.513-524.

17. HOBFOLL. The influence of culture, community, and the nested-self process : Advancing Conservation of resources theory. *Appl Psychol Int Rev.* 2001;(50):337–421.
18. PAILOT. Penser la perte dans le champ professionnel : Du deuil à la théorie de la préservation des ressources [mémoire]. [Lille]: SKEMA;
19. DELBROUCK M. Comment traiter le burnout – principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. De Boeck université. Bruxelles; 2011. 56p.
20. VASEY C. Burn-out: le détecter et le prévenir : êtes-vous en burn-out sans le savoir. Editions Jouvence. Saint-Julien-en-Genevoix; Thônex (Suisse): Jouvence éditions; 2007.
21. FREUDENBERGER HJ. L'Épuisement professionnel: la brûlure interne. Chicoutimi: Gaëtan Morin; 1987. voir annexe.
22. RUEL M, BRIQUET C, BECCHIO J, LE BRAS F. Se soigner avec l'hypnose et l'autohypnose. LEDUC.S EDITIONS. 2017. p. 79.
23. DELBROUCK. Prévention primaire - Je ne veux pas être en burn-out. In: Comment traiter le burn-out. de boeck; 2011.
24. KAGLE, JILL. The Problem-Oriented Record and Team Reports. Edition Belmont. 1991. p. 192-195.
25. DELBROUCK. Prévention secondaire - j'ai des indices de burn-out. In: Comment traiter le burn-out. de boeck; 2011.
26. DELBROUCK. Prévention tertiaire - Je suis en plein burn-out. In: Comment traiter le burn-out. de boeck; 2011.
27. Prévention tertiaire. In: Wikipédia [Internet]. 2016. Available from: Consulté le 14/10/2017 https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Pr%C3%A9vention_tertiaire&oldid=126916263
28. SAHLER B, BERTHER M, DOUILLER P. Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail. Lyon: ANACT; 2007. p64-82 p.
29. BENHAÏEM J-M, ROUSTANG F. Hypnose médicale. Paris: Med-Line éd.; 2012.
30. ANGELI P, LOCKERT O. Auto-hypnose: pour les débutants. Paris: IFHE; 2015.
31. NICOLAS S. L'hypnose, Charcot face à Bernheim: l'école de la Salpêtrière et l'école de Nancy. Paris: Harmattan; 2004. p. 39-45.
32. ROUSTANG F. Influence. Minuit. Paris: Editions de Minuit; 2011. p. 7-16. (Reprise).
33. BELLET P. L'hypnose. Paris: Odile Jacob poches; 2016. p. 70-75; pp.130; 169.
34. ROUSTANG F. Qu'est-ce que l'hypnose? Paris: Editions de Minuit; 2003. p. 10.

35. BENHAÏEM J-M, ROUSTANG F. L'hypnose ou les portes de la guérison. Paris: Jacob; 2012. p. 24.
36. NIMMO C, editor. Le petit Larousse illustré: 90 000 articles, 5 000 illustrations, 355 cartes, 160 planches, chronologie universelle. Édition 2017. 2044 p.
37. PAMBRUN M-L. L'hypnose dans tous ses états: dans le champ psychothérapeutique. ESF Editeur; 2015. p. 19-22; pp.98–106. (Psychologie & Psychothérapies).
38. S.FIELD E. Transe de réduction du stress. In: Praticien en Hypnose Ericksonienne Ne vous laissez pas enfermer, libérez votre potentiel . PSYNAPSE. Tarzana, CALIFORNIE.; p. p.76-78. (Formation PNL, Sophrologie, Hypnose, Thérapie Brève.).
39. HAMMOND DC, American Society of Clinical Hypnosis. Métaphores et suggestions hypnotiques. Bruxelles: Satas; 2004. p. 7; pp.81–102; 147–189.
40. ETTZEVOGLOV G, MEMRAN N. De l'induction hypnotique: hypnose progressive, rapide et instantanée. 2012. p. 63, pp.74–76, 162.
41. ROSSI EL, RYAN MO, SHARP FA. The seminars, workshops and lectures of Milton H. Erickson. London: Free Association; 1998. p. 183-190.
42. JOUSSELIN C, ARNOULD P, BONNET P-H, FITOUSSI G. Nouvelle hypnose: initiation et pratique. 2017.
43. Institut Francais d'hypnose Humaniste & Ericksonienne I. consulté le: 2/12/2017 www.hypnose-ericksonienne.com/fr/sinformer/inductions-hypnotiques/.
44. DELBROUCK M. Comment traiter le burn-out. Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. de boeck; 2011.
45. JAKOBOWICZ J-M. Vive l'autohypnose! Paris: Leduc. S éditions; 2015. P.29-32.
46. VIROT C. Hypnose et burn out dentaire. Chir Dent Fr. 2012 Dec 21;(1452).
47. JAKOBOWICZ. L'autohypnose c'est malin. une technique simple et naturelle pour venir à bout de vos angoisses addictions, insomnies ... Leduc.s. French; 2014. p. 42-59. (Quotidien malin Editions).
48. ABIA J, ROBLES T. Apprenons par l'autohypnose à cheminer dans la vie. Bruxelles: SATAS; 1997.
49. BENSOUSSAN M. consulté le 25/06/2018: www.lautohypnose.fr/guide-autohypnose-gratuit/auto-hypnose-mode-emploi/.
50. CHERTOK L. L'hypnose: théorie, pratique et technique. Paris: Payot & Rivages; 2002. p. 189.
51. RONDAL J-A, ESPERET E. les signaux biologiquement important pour répondre de manière efficace et rapide aux problèmes posés par l'environnement. In: Manuel

de psychologie de l'enfant. Pierre Mardaga, éditeur; 1999. p. p.298.

52. Comme en semant ... In: Praticien en Hypnose Ericksonienne Ne vous laissez pas enrôler, libérez votre potentiel . PSYNAPSE. p. p.61-62. (Formation PNL, Sophrologie, Hypnose, Thérapie Brève.).
53. SCHAERLAEKENS M. Hypnose et odontologie : l'eau et le feu. Rev Blge Med Dent. 2003;p.118-125.
54. PELTIER B. Psychological treatment of fearful and phobic special needs patients. Spec Care Dentist. 2009 Jan;29(1):p.51-57.
55. VARMA D. L'hypnose contre la douleur. Medecine Douce. 2001 May;(102):p.44-46.

Thèse d'exercice : Chir. Dent. : Lille 2 : Année [2018] – N°:

Le Burn-out chez le chirurgien-dentiste et sa gestion par l'hypnose
VERGOTTE Arnaud. - 77 f., 7 ill., 55 réf.

Domaines :

PREVENTION

HYPNOSE

Mots clés RAMEAU :

Épuisement professionnel; Prévention; Stress lié au travail ; Prévention ; Cabinets dentaires ; Organisation ; Formation professionnelle; Hypnose; Histoire Hypnose

Mots clés FMeSH :

hypnose méthode

dentistes – enseignement et éducation

stress

cabinets dentaires organisation et administration

La pratique de la chirurgie dentaire à notre époque est soumise à de plus en plus de pression. La gestion de celle-ci est importante pour éviter le stress et à forte dose, le burn-out.

Dans cette thèse, il sera question de définir les mécanismes du burn-out, les facteurs favorisant l'apparition du stress dans l'univers du cabinet dentaire.

Le dépistage et la prévention sont au cœur de thérapeutique de la gestion du burn-out.

L'hypnose est l'une des armes thérapeutiques possible dans ce traitement. Il existe différentes manières d'utiliser l'hypnose. Il sera expliqué l'apport de l'hypnose dans la gestion du stress au niveau de la relation : du dentiste avec son thérapeute, du dentiste avec lui-même et du dentiste avec son patient.

JURY :

Président : **Monsieur le Professeur G. PENEL**

Assesseurs : **Monsieur le Docteur C. LEFEVRE**

Madame le Docteur C. OLEJNIK

Madame le Docteur C. PERUS

Membres invités : **Madame le Docteur C. LEROY**