

UNIVERSITE TOULOUSE III - PAUL SABATIER

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

Année : 2016

Thèse n° 2016-TOU3-3026

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Jean-Charles GOUT

Le 02 Mai 2016

**APPORT DE L'HYPNOSE DANS LA PRATIQUE
QUOTIDIENNE DU CHIRURGIEN DENTISTE**

Directeur de thèse : Dr SOUBIELLE Sarah

JURY

Président :

Professeur Franck DIEMER

1^{er} assesseur :

Docteur Emmanuelle NOIRRIT-ESCLASSAN

2^{ème} assesseur :

Docteur Jean-Noël VERGNES

3^{ème} assesseur :

Docteur Sarah SOUBIELLE





Faculté de Chirurgie Dentaire



➔ DIRECTION

DOYEN

Mr Philippe POMAR

ASSESEUR DU DOYEN

Mme Sabine JONIOT

CHARGÉS DE MISSION

Mr Karim NASR

Mme Emmanuelle NOIRRI-ESCLASSAN

PRÉSIDENTE DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Mme Anne-Marie GRIMOUD

RESPONSABLE ADMINISTRATIF

Mme Marie-Christine MORICE

➔ HONORARIAT

DOYENS HONORAIRES

Mr Jean LAGARRIGUE +

Mr Jean-Philippe LODTER

Mr Gérard PALOUDIER

Mr Michel SIXOU

Mr Henri SOULET

➔ ÉMÉRITAT

Mme Geneviève GRÉGOIRE

Mr Gérard PALOUDIER

➔ PERSONNEL ENSEIGNANT

56.01 PÉDODONTIE

Chef de la sous-section :

Professeur d'Université :

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Adjoints d'Enseignement :

Mme BAILLEUL-FORESTIER

Mme BAILLEUL-FORESTIER, Mr VAYSSE

Mme NOIRRI-ESCLASSAN

Mme DARIES, Mr MARTY

Mr DOMINÉ

56.02 ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE

Chef de la sous-section :

Maîtres de Conférences :

Assistants :

Assistant Associé

Adjoints d'Enseignement :

Mr BARON

Mr BARON, Mme LODTER, Mme MARCHAL-SIXOU, Mr ROTENBERG,

Mme GABAY-FARUCH, Mme YAN-VERGNES

Mr TOURÉ

Mme MECHRAOUI, Mr MIQUEL

56.03 PRÉVENTION, ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ, ODONTOLOGIE LÉGALE

Chef de la sous-section :

Professeur d'Université :

Maître de Conférences :

Assistant :

Adjoints d'Enseignement :

Mr HAMEL

Mme NABET, Mr PALOUDIER, Mr SIXOU

Mr HAMEL, Mr VERGNES

Mlle BARON

Mr DURAND, Mr PARAYRE

57.01 PARODONTOLOGIE***Chef de la sous-section :*** ***Mr BARTHET***

Maîtres de Conférences : Mr BARTHET, Mme DALICIEUX-LAURENCIN

Assistants : Mr RIMBERT, Mme VINEL

Adjoints d'Enseignement : Mr CALVO, Mr LAFFORGUE, Mr SANCIER

57.02 CHIRURGIE BUCCALE, PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE, ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION***Chef de la sous-section :*** ***Mr COURTOIS***

Professeur d'Université : Mr DURAN

Maîtres de Conférences : Mr CAMPAN, Mr COURTOIS, Mme COUSTY

Assistants : Mme CROS, Mr EL KESRI, Mme GAROBY-SALOM

Adjoints d'Enseignement : Mr FAUXPOINT, Mr L'HOMME, Mme LABADIE

57.03 SCIENCES BIOLOGIQUES (BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE, GÉNÉTIQUE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, BACTÉRIOLOGIE, PHARMACOLOGIE)***Chef de la sous-section :*** ***Mr POULET***

Professeurs d'Université : Mr KEMOUN

Maîtres de Conférences : Mme GRIMOUD, Mr POULET

Assistants : Mr BARRAGUÉ, Mme DUBOSC, Mr LEMAITRE,

Adjoints d'Enseignement : Mr BLASCO-BAQUE, Mr SIGNAT, Mme VALERA, Mr BARRE

58.01 ODONTOLOGIE CONSERVATRICE, ENDODONTIE***Chef de la sous-section :*** ***Mr DIEMER***

Professeurs d'Université : Mr DIEMER

Maîtres de Conférences : Mr GUIGNES, Mme GURGEL-GEORGELIN, Mme MARET-COMTESSE

Assistants : Mr BONIN, Mr BUORO, Mme DUEYMES, Mme. RAPP, Mr. MOURLAN

Assistant Associé : Mr HAMDAN

Adjoints d'Enseignement : Mr BALGUERIE, Mr ELBEZE, Mr MALLET

58.02 PROTHÈSES (PROTHÈSE CONJOINTE, PROTHÈSE ADJOINTE PARTIELLE, PROTHÈSE COMPLÈTE, PROTHÈSE MAXILLO-FACIALE)***Chef de la sous-section :*** ***Mr CHAMPION***

Professeurs d'Université : Mr ARMAND, Mr POMAR

Maîtres de Conférences : Mr BLANDIN, Mr CHAMPION, Mr ESCLASSAN, Mme VIGARIOS

Assistants : Mr. CHABRERON, Mr. GALIBOURG, Mr. KNAFO, Mme. SELVA, Mme. ROSCA

Adjoints d'Enseignement : Mr. BOGHANIM, Mr. DESTRUHAUT, Mr. FLORENTIN, Mr. FOLCH, Mr. GHRENASSIA, Mme. LACOSTE-FERRE, Mr. POGEANT, Mr. RAYNALDY, Mr. GINESTE

58.03 SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES, OCCLUSODONTIQUES, BIOMATÉRIAUX, BIOPHYSIQUE, RADIOLOGIE***Chef de la sous-section :*** ***Mme JONOT***

Professeur d'Université : Mme GRÉGOIRE

Maîtres de Conférences : Mme JONOT, Mr NASR

Assistants : Mr CANIVET, Mme GARNIER, Mr MONSARRAT

Adjoints d'Enseignement : Mr AHMED, Mme BAYLE-DELANNÉE, Mr ETIENNE, Mme MAGNE, Mr TREIL, Mr VERGÉ

*L'université Paul Sabatier déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 Mai 1891).*

Mise à jour au 01 MARS 2016

Remerciements

A toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide pour la réalisation de ce travail, un grand Merci !

A ma famille et à mes amis, merci beaucoup pour votre participation à mon épanouissement passé et à venir, tant sur le plan professionnel que personnel.

A notre Président du Jury,

Monsieur le Professeur DIEMER Franck

- Professeur des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie
- Responsable de la sous-section d'Odontologie Conservatrice, Endodontie
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- D.E.A. de Pédagogie (Education, Formation et Insertion) Toulouse Le Mirail,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Responsable du Diplôme Inter Universitaire d'Endodontie à Toulouse,
- Habilitation à diriger des recherches (H.D.R.),
- Vice- Président de la Société Française d'Endodontie
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Nous sommes très honorés que vous ayez accepté de présider ce jury de thèse.

La qualité de votre enseignement nous a donné des connaissances et une rigueur indispensables à notre exercice.

Votre investissement lors de nos années cliniques aura largement contribué à l'amélioration de nos compétences, en particulier dans le domaine de l'endodontie.

Veuillez accepter notre reconnaissance et notre respect le plus sincère.

A notre Jury de Thèse,

Madame le Docteur NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Ancienne Interne des Hôpitaux,
- Docteur de l'Université Paul Sabatier,
- Lauréate de l'Université Paul Sabatier.

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de juger notre travail.

Toutes ces années, votre enseignement nous a apporté des connaissances et des qualités humaines indispensables à notre exercice, en particulier en odontologie pédiatrique.

Nous vous prions de bien vouloir trouver ici l'assurance de notre plus profonde reconnaissance.

A notre jury de thèse,

Monsieur le Docteur VERGNES Jean-Noël

- Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier d'Odontologie,
- Docteur en Epidémiologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Professeur associé, Oral Health and Society Division, Université McGill –
Montréal, Québec – Canada,
- Maîtrise de Sciences Biologiques et Médicales,
- Master 2 Recherche – Epidémiologie clinique,
- Diplôme d'Université de Recherche Clinique Odontologique,
- Lauréat de l'Université Paul Sabatier

Avec la même gentillesse dont vous avez fait preuve durant nos années d'études, vous avez accepté de faire partie de notre jury. Nous vous remercions très sincèrement pour l'intérêt porté à ce travail. C'est un honneur de bénéficier de votre expertise.

Veuillez trouver dans ce travail toute l'expression de notre gratitude.

A notre Directrice de Thèse,

Madame le Docteur SOUBIELLE Sarah

- Assistante hospitalo-universitaire d'Odontologie,
- Docteur en Chirurgie Dentaire,
- Master 1 « Biosanté », mention ; Anthropologie, ethnologie, sociologie de la santé,
- CES B Prothèse dentaire – option : Prothèse Maxillo-faciale,
- Diplôme Inter-Universitaire (DIU) Anesthésie Générale et Sédation en odontologie (AGSO),
- Diplôme Inter-Universitaire (DIU) Odontologie Pédiatrique et Clinique Approfondie (OPCA)

Nous vous remercions chaleureusement d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse.

Votre investissement et votre disponibilité auront été d'une grande aide tout au long de ce travail.

Veuillez accepter notre profonde gratitude et notre reconnaissance.

Table des matières

Introduction.....	12
I. Généralités sur l'hypnose.....	13
I.1. Définitions et notions de bases.....	14
I.2. Histoire de l'hypnose.....	14
I.2.1. L'Antiquité.....	14
I.2.2. Le XVIIIème siècle.....	14
I.2.3. Le XIXème siècle.....	15
I.2.4. Le XXème siècle.....	16
I.3. Les différents types d'hypnose.....	17
I.3.1. L'hypnose classique ou traditionnelle.....	17
I.3.2. L'hypnose ericksonienne.....	17
I.3.3. La nouvelle hypnose.....	18
I.4. Neurophysiologie de l'hypnose.....	18
II. Etude sur l'apport de l'hypnose dans la pratique quotidienne du	
 chirurgien dentiste.....	20
II.1. Objectifs de l'étude.....	20
II.2. Matériels et méthode	20
II.3. Analyse des résultats.....	22
II.3.1. Informations sur l'échantillon.....	22
II.3.2. Pratique quotidienne.....	28
II.3.2.1. Retard sur le RDV.....	28
II.3.2.2. Bien être du praticien.....	30
II.3.2.3. Relationnel.....	33
II.3.2.4. Anesthésie.....	39
II.3.2.5. Douleur.....	44
II.3.2.6. Empreintes.....	50
II.3.2.7. Patients à besoins spécifiques	57
II.3.3. Formation à l'hypnose.....	66
II.3.3.1. Praticiens non formés.....	66
II.3.3.2. Praticiens formés.....	69

III. Discussion	72
III.1. Analyse des biais.....	72
III.2. Proportion homme / femme.....	73
III.3. Pratique quotidienne.....	73
III.4. Formation à l'hypnose.....	76
III.5. Comment poursuivre notre étude.....	77
Conclusion	78
Bibliographie	79
Annexes	82

Introduction

Aujourd'hui encore, nombreuses sont les personnes qui restent sceptiques quant au bien-fondé de l'utilisation de l'hypnose à des fins médicales. Son image est encore souvent associée à celle du spectacle, de la manipulation mentale ou encore du charlatanisme.

Longtemps délaissée, l'hypnose connaît de nos jours un regain d'intérêt notable dans le monde médical, notamment en odontologie. Même si sa pratique reste marginale, de plus en plus de praticiens français se forment aujourd'hui à l'hypnose.

Notre travail a pour objectif de démontrer quels peuvent être les apports d'une formation à l'hypnose dans la pratique quotidienne du chirurgien dentiste. Dans une première partie, nous traiterons des généralités sur l'hypnose, comment la définir, quelle est son histoire et comment l'objectiver d'un point de vue neurophysiologique. Dans la deuxième partie de ce travail, nous exposerons les résultats de notre étude sur l'apport de l'hypnose dans la pratique quotidienne du chirurgien dentiste. Enfin, nous consacrerons la troisième partie à l'exploitation, à l'analyse et à la discussion des résultats.

I. Généralités sur l'hypnose

I.1. Définitions et notions de bases

Le mot « hypnose », (16) inventé par James Braid en 1843, vient du mot grec « hupnos », qui signifie sommeil. Même s'il est difficile de donner une définition qui fasse consensus, il est néanmoins admis que l'hypnose est un état (4) à la fois différent du sommeil et de la veille.

Selon Milton Erickson, (14) « l'hypnose, est une relation pleine de vie qui a lieu dans une personne et qui est suscitée par la chaleur d'une autre personne ». Erickson définit l'hypnose comme un état de conscience dans lequel vous présentez à votre sujet une communication, avec une compréhension et des idées, pour lui permettre d'utiliser cette compréhension et ces idées à l'intérieur de son propre répertoire d'apprentissage.

Jean Godin définit quant à lui l'hypnose comme (14) un mode de fonctionnement psychologique dans lequel un sujet, grâce à l'intervention d'une autre personne, parvient à faire abstraction de la réalité environnante, tout en restant en relation avec l'accompagnateur. Ce « débranchement de la réaction d'orientation à la réalité extérieure », qui suppose un certain lâcher-prise, équivaut à une façon originale de fonctionner à laquelle on se réfère comme à un état. Ce mode de fonctionnement particulier fait apparaître des possibilités nouvelles : par exemple des possibilités supplémentaires d'action de l'esprit sur le corps, ou de travail psychologique à un niveau inconscient.

L'hypnose apparaît ainsi comme un état de conscience modifié. Le praticien aide le patient à atteindre cet état grâce à des techniques de relaxation et de suggestion, lui donnant ainsi la possibilité d'accéder aux ressources de son inconscient.

Il est aussi communément admis que l'hypnose est un phénomène naturel et quotidien. Richard Bandler va même jusqu'à dire : (1) « toute communication est hypnose ».

I.2. Histoire de l'hypnose (16,14)

I.2.1. L'Antiquité

Même s'il est probable que l'histoire de l'hypnose remonte bien plus loin, les plus anciennes traces connues nous viennent de manuscrits cunéiformes sumériens âgés de plus de 6000 ans. Ils font mention d'états hypnotiques, et on y décrit des guérisons grâce à des états modifiés de conscience.

Au XVI^{ème} siècle avant notre ère, l'hypnose fait partie des techniques médicales égyptiennes. Le papyrus d'Ebers, célèbre document médical de l'Egypte antique, contient des écrits dont une partie est dédiée aux méthodes et applications de l'hypnose thérapeutique.

Vers le V^{ème} siècle avant JC, dans la Rome et la Grèce antique, il existait des lieux appelés temples de guérison, où les prêtres utilisaient des mots pour guérir les maux.

D'une manière générale, dans toutes les civilisations antiques, des chamanes, des prêtres ou des sorciers pratiquaient des rituels et phénomènes de transe, pour soigner le corps par l'esprit. Ainsi, hypnose religion et magie étaient intimement liées.

I.2.2. Le XVIII^{ème}

C'est au XVIII^{ème} siècle que la médecine occidentale va commencer à s'intéresser à l'utilisation d'état modifiés de conscience à des fins thérapeutiques.

Franz Anton Mesmer (1734-1815) est le premier à effectuer des recherches sur les états modifiés de conscience. Il va créer la notion de « magnétisme animal ». Selon lui, il existe un fluide magnétique pouvant être utilisé à des fins thérapeutiques. Ce fluide serait extérieur à l'homme, mais pourrait être canalisé et utilisé par le thérapeute pour soigner le patient.

Armand Marie Jacques de Chastenet De Puysegur (1751-1828), disciple de Mesmer, réfute l'existence d'une action extérieure, et considère l'hypnose comme un état, qu'il nomme le « somnambulisme magnétique ». Il pense que c'est la foi du thérapeute qui mobilise les forces de guérison du patient grâce à la communication.

En 1829, Jules Cloquet (1790-1883) est le premier à obtenir une anesthésie par sommeil magnétique pour l'ablation d'une tumeur mammaire.

James Braid (1795-1860) sera le premier à utiliser le terme « hypnose » en 1843, qu'il différencie du magnétisme animal de Mesmer. Il mettra en avant l'importance de la relation patient/thérapeute lors de séances d'hypnose.

I.2.3. Le XIXème

Au cours du XIXème siècle, deux grandes écoles vont s'affronter.

D'un côté l'école de Nancy d'Ambroise Auguste Liebaux (1823-1905) et Hippolyte Bernheim (1840-1919). Cette école est basée sur l'hypothèse de Bernheim, selon laquelle l'hypnose est un état naturel de conscience, d'origine psychique.

De l'autre, Jean-Martin Charcot (1825-1893) fonde l'école de la Salpêtrière, avec comme hypothèse que l'hypnose est un état pathologique (proche de l'hystérie), d'origine physiologique.

Sigmund Freud (1856-1939), pourtant élève de Charcot à la Salpêtrière, puis de Bernheim à Nancy, dira qu'il n'a jamais vraiment maîtrisé l'hypnose, mais l'a cependant utilisé un temps comme outil psychothérapeutique, avant de l'abandonner au profit de sa réflexion sur la psychanalyse. Il considère que l'hypnose n'est pas un instrument de vérité fiable. Il poursuivra tout de même sa réflexion théorique sur les phénomènes hypnotiques.

I.2.4. Le XXeme

Milton Erickson (1901-1980) est considéré comme le père de l'hypnose moderne. Il a mis l'accent sur des points clés de la pratique de l'hypnose. D'après lui, c'est le patient qui a un talent pour l'hypnose : plus le thérapeute s'adapte aux particularités du patient, meilleur sera le résultat. Il considère l'hypnose comme un phénomène naturel, physiologique et quotidien, qui stimule le travail de l'inconscient pour permettre de trouver des solutions mieux adaptées, en sortant des cadres rigides que les patients créent eux-mêmes. Le fonctionnement hypnotique se faisant à un autre niveau cortical que le fonctionnement habituel, en apprenant aux patients à fonctionner à cet autre niveau, des réaménagements internes se produisent. Il pense même qu'il est préférable que le sujet n'en prenne pas conscience. Son influence est si importante, que le terme d'hypnose ericksonienne est utilisé aujourd'hui. Sa conception de l'hypnose sera également à l'origine de travaux de Bandler et Grinder sur la Programmation Neuro Linguistique.

Ernest Rossi (né en 1933) a été l'élève, puis le collaborateur de Milton Erickson, avec qui il a publié plusieurs ouvrages communs. La proximité et la complicité qu'il développe avec Erickson vont lui apporter de nombreuses connaissances sur sa pratique de l'hypnose qu'il va enrichir de ses propres concepts sur les phénomènes hypnotiques. Il élabore ainsi les théories de « la psychobiologie » (lien entre le corps et l'esprit) et de « l'hypnose génomique » (action de l'hypnose sur l'expression des gènes).

Jean Godin (1931-2002), psychiatre français, s'est initié à l'hypnose en 1968, en Angleterre, auprès de John Hartland (ami d'Erickson). C'est lui qui a introduit l'hypnose dite ericksonienne en France. Il a aussi créé le concept de Nouvelle Hypnose (titre de son livre), ainsi que l'Institut Milton Erickson de Paris et la revue Phoenix.

I.3. Les différents types d'hypnose (14)

I.3.1. L'hypnose classique ou traditionnelle

C'est l'hypnose de James Braid. Elle se caractérise par une position dominante de l'hypnotiseur sur l'hypnotisé. Les suggestions hypnotiques se pratiquent sous forme d'ordre à l'impératif.

C'est cette forme d'hypnose qui est (le plus souvent) utilisée pour les spectacles. « *Regardez moi, à trois vous serez un chat ! Un, deux, trois, vous êtes un chat !* »

Malgré tout, elle peut s'avérer utile pour des applications médicales, avec une position de l'hypnotiseur non pas dominante mais directive (hypnose semi-traditionnelle), notamment dans le but d'éliminer des symptômes.

« *Quand vous vous réveillerez, vous n'aurez plus mal !* »

I.3.2. L'hypnose ericksonienne

C'est l'hypnose de Milton Erickson. Elle est basée sur la communication et le langage (il introduit la notion d'hypnose conversationnelle). Le but est d'utiliser les ressources de l'inconscient, grâce à une approche souple et indirecte, notamment au moyen de métaphores et d'inductions à la troisième personne. Le praticien n'est là que pour aider le patient à utiliser les capacités de son inconscient (en s'adaptant à sa singularité) afin qu'il puisse atteindre son objectif.

Citons ici un exemple de discours d'induction hypnotique :

« *Sans vous en rendre compte, sans même faire attention à ce que je dis, car votre inconscient, lui, m'écoute, et sait ce qu'il peut faire pour vous, le corps se détend, jusqu'à être totalement détendu, et vous êtes bien. Vous sentez peut être déjà ce changement qui s'amorce...* »

I.3.3. La nouvelle hypnose

La nouvelle hypnose apparaît dans les années quatre-vingt. Contrairement à l'hypnose Ericksonienne, qui, moins directive que l'hypnose classique, ne laisse néanmoins la parole et la maîtrise de la séance qu'à l'hypnothérapeute (même si elle le fait de façon subtile), la nouvelle hypnose est encore plus centrée sur le patient. Elle lui donne la parole, et se concentre sur son bien-être et sa qualité de vie.

Elle utilise certains aspects de l'hypnose Ericksonienne, associés à des techniques de Programmation Neuro-Linguistique (PNL).

I.4. Neurophysiologie de l'hypnose

A partir du XVIIIème siècle, les scientifiques cherchent à comprendre les phénomènes hypnotiques, et mettent en place des outils de mesure.(16)(9)

Dès lors, deux courants vont s'opposer. D'un côté les étatistes, qui considèrent que l'hypnose est un état neurologique spécifique avec ses propres caractéristiques psychophysiologiques, différent des états de veille et de sommeil. De l'autre, les non étatistes, pour qui l'hypnose n'est pas un état spécifique, mais l'expression de fonctions mentales, telles que l'imagination ou la concentration, mobilisables par des suggestions.

Il faut attendre le milieu du XXème siècle pour voir une véritable avancée scientifique dans la compréhension de l'hypnose, notamment grâce aux travaux de Weitzenhoffer (psychologue canadien) et Hilgard (psychiatre américain) au sein du laboratoire de recherche sur l'hypnose de l'université de Stanford. Leurs travaux donneront naissance à la première échelle de susceptibilité à l'hypnose (l'échelle d'Hilgard). (25)

Durant la deuxième moitié du XXème siècle, de nombreuses études (16) basées sur des enregistrements électroencéphalographiques ont cherché à mettre en évidence des différences de tracé d'ondes cérébrales entre les états de veille, de sommeil et d'hypnose, sans pour autant obtenir des résultats reproductibles qui fassent l'unanimité au sein de la communauté scientifique.

C'est à la fin des années quatre-vingt-dix que les docteurs Faymonville et Maquet (et leurs collaborateurs) (15) réalisent une étude montrant que l'hypnose est un état neurophysiologique particulier. En utilisant la technique de la tomographie par émission de positons (TEP), ils ont pu mettre en évidence, lors de séances d'hypnose, une augmentation du débit sanguin (activation) dans certaines régions cérébrales : le cortex occipital bilatéral, le cortex pariétal inférieur gauche, le cortex précentral gauche, le cortex préfrontal gauche et le cortex cingulaire antérieur droit. Ils ont noté en contrepartie une diminution du débit sanguin (inactivation) dans les cortex temporaux droit et gauche, le cortex préfrontal médian, le cortex prémoteur droit et le précunéus. La réalisation d'électroencéphalogrammes lors de cette même étude a permis de démontrer qu'à l'état de veille, les ondes bêta (14-25 Hz) prédominent, alors que ce sont les ondes thêta (4-7 Hz) lors du sommeil paradoxal, et les ondes delta (3-5 Hz) lors du sommeil profond. En revanche, l'état d'hypnose est marqué par une forte présence d'ondes alpha (8-13 Hz).

En 2012, le docteur Q. Deeley et ses collaborateurs ont montré (7), grâce à l'utilisation de l'imagerie par résonance magnétique, que lors d'une séance d'hypnose, il y a une augmentation de l'activité cérébrale dans le gyrus frontal moyen droit, le gyrus frontal inférieur et les gyri précentraux droit et gauche. Ils ont aussi montré une diminution de l'activité cérébrale dans le gyrus frontal moyen gauche, le cortex cingulaire antérieur droit, les gyri cingulaires postérieurs droit et gauche et les gyri parahippocampiques droit et gauche.

II. Etude sur l'apport de l'hypnose dans la pratique quotidienne du chirurgien dentiste

II.1. Objectifs de l'étude

La grande majorité des travaux de recherche se questionnent sur les effets de l'hypnose pour les patients, mais rares sont les études s'intéressant au vécu des praticiens.

Est-ce plus difficile ou plus confortable pour un praticien de pratiquer des soins en s'aidant de l'hypnose ?

Nous avons décidé de mener cette étude dans le but d'évaluer les différents aspects de la pratique quotidienne du chirurgien dentiste susceptibles d'être améliorés par une formation à l'hypnose médicale.

L'objectif est de comparer deux population-cibles. D'une part, l'ensemble des chirurgiens dentistes français formés à l'hypnose médicale. D'autre part, l'ensemble des praticiens français non formés à l'hypnose médicale. Nous souhaitons connaître le ressenti des praticiens, formés ou non à l'hypnose, dans divers domaines de leur exercice quotidien, au travers d'un questionnaire d'auto-évaluation.

II.2. Matériels et méthode

Pour répondre à cette question, nous avons élaboré un questionnaire (annexes 1, 2 et 3) sur la plateforme Google Docs®. Cette plateforme permet de créer facilement un questionnaire personnalisé et de le faire parvenir rapidement par courrier électronique à un grand nombre de personnes. De plus, répondre à un questionnaire électronique étant gratuit (ne nécessite pas d'enveloppe et de timbre), rapide et facile, cela nous a permis d'augmenter le nombre potentiel de réponses. Enfin, en limitant l'utilisation de papier, nous voulions que notre étude s'inscrive dans une démarche respectueuse de l'environnement.

Les résultats sont rassemblés sur un tableur, exploitable sur Microsoft Excel© ou sur le module Calc de la suite bureautique Apache OpenOffice™.

Le questionnaire est composé de vingt-six questions, et s'intitule "difficultés rencontrées lors de la pratique quotidienne du chirurgien dentiste".

Afin de ne pas influencer les réponses des praticiens, nous avons décidé de ne pas faire apparaître le mot "hypnose" dans l'intitulé, et de poser les questions relatives à l'hypnose en fin de questionnaire.

Les dix-huit premières questions (annexe 1) sont adressées à l'ensemble des praticiens ; quatre sont orientées sur le praticien lui-même (âge, années d'expériences...), les autres questionnent sur différents aspects de leur pratique quotidienne. La dix-huitième question permet d'orienter le praticien vers la suite du questionnaire, selon qu'il a suivi ou non une formation l'hypnose.

Les huit dernières questions sont séparées en deux groupes. Un premier groupe de trois questions est adressé aux praticiens n'ayant pas suivi de formation à l'hypnose (annexe 2). Il permet d'évaluer leurs connaissances et leur intérêt quant à cette « discipline ». L'autre groupe, composé de cinq questions, est adressé aux praticiens formés à l'hypnose (annexe 3), dans le but de connaître le type de formation qu'ils ont suivi et leur opinion quant à cette formation.

Nous avons envoyé une demande de participation spontanée sur le groupe « Dentistes du Sud-Ouest de la France » du réseau social facebook, qui rassemble plus de 1400 membres à ce jour. Nous avons aussi envoyé le questionnaire par mail à des praticiens ayant suivi la formation à l'hypnose Hypnoteeth, proposée par le Dr Claude Parodi et le Dr Kenton Kaiser (Chirurgiens dentistes) et Yves Halfon (psychologue clinicien) afin d'augmenter nos chances d'obtenir des réponses de praticiens formés à l'hypnose.

Nous avons obtenu cent quatorze réponses. L'échantillon se compose donc de cent quatorze praticiens, répartis en deux groupes. Le groupe 1 est composé de cinquante-six praticiens (49,1% de l'échantillon) formés à l'hypnose. Le groupe 2 est composé de cinquante-huit praticiens (50,9% de l'échantillon) n'ayant pas suivi de formation à l'hypnose.

II.3. Analyse des résultats

II.3.1 Informations sur l'échantillon

Comme nous pouvons le voir sur la **figure 1**, la répartition des praticiens selon le sexe dans l'échantillon est la suivante : 63 femmes (55%) et 51 hommes (45%).

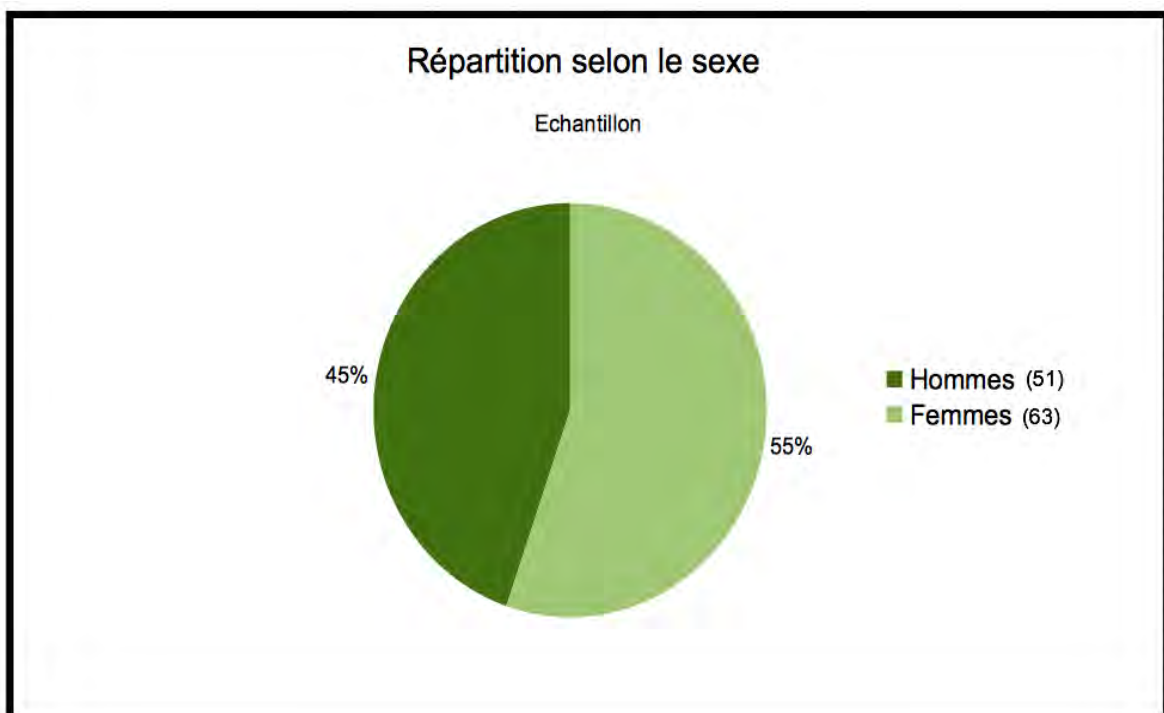


Figure 1 : Répartition des praticiens selon le sexe dans l'échantillon.

Les **figures 2 et 3** montrent que dans le groupe 1, nous retrouvons 33 femmes (59%) et 23 hommes (41%), contre 30 femmes (52%) et 28 hommes (48%) dans le groupe 2.

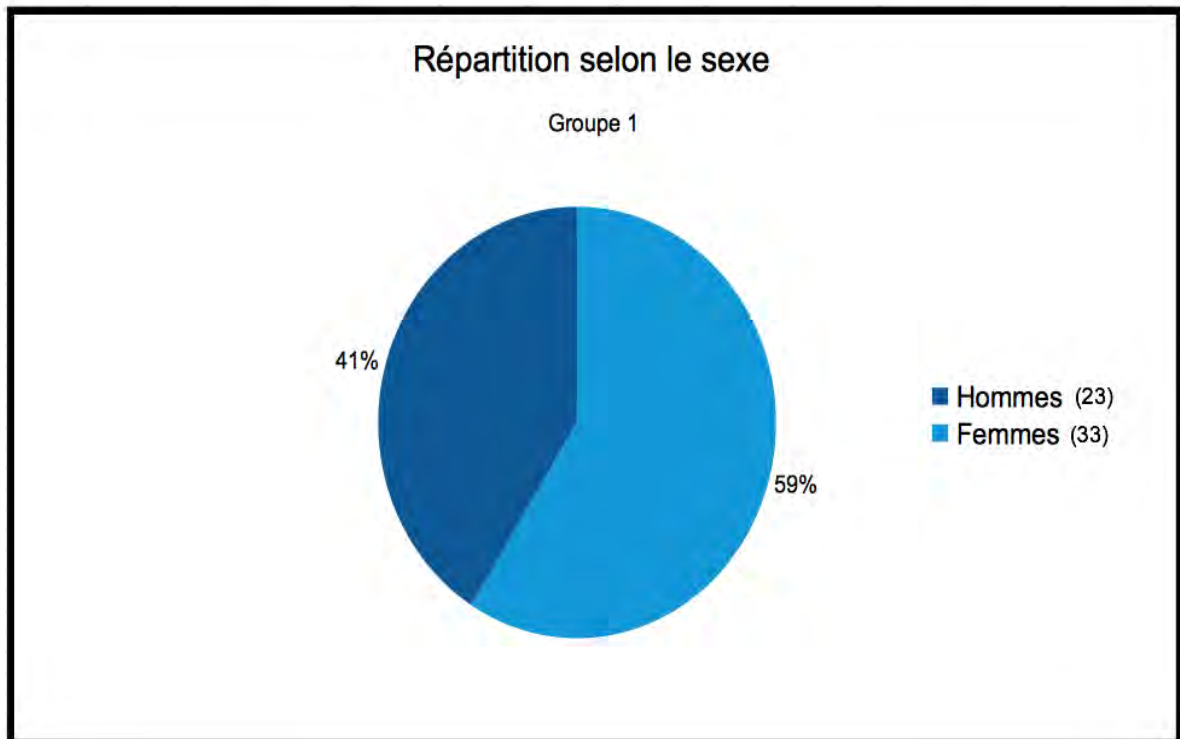


Figure 2 : Répartition des praticiens selon le sexe dans le groupe 1.

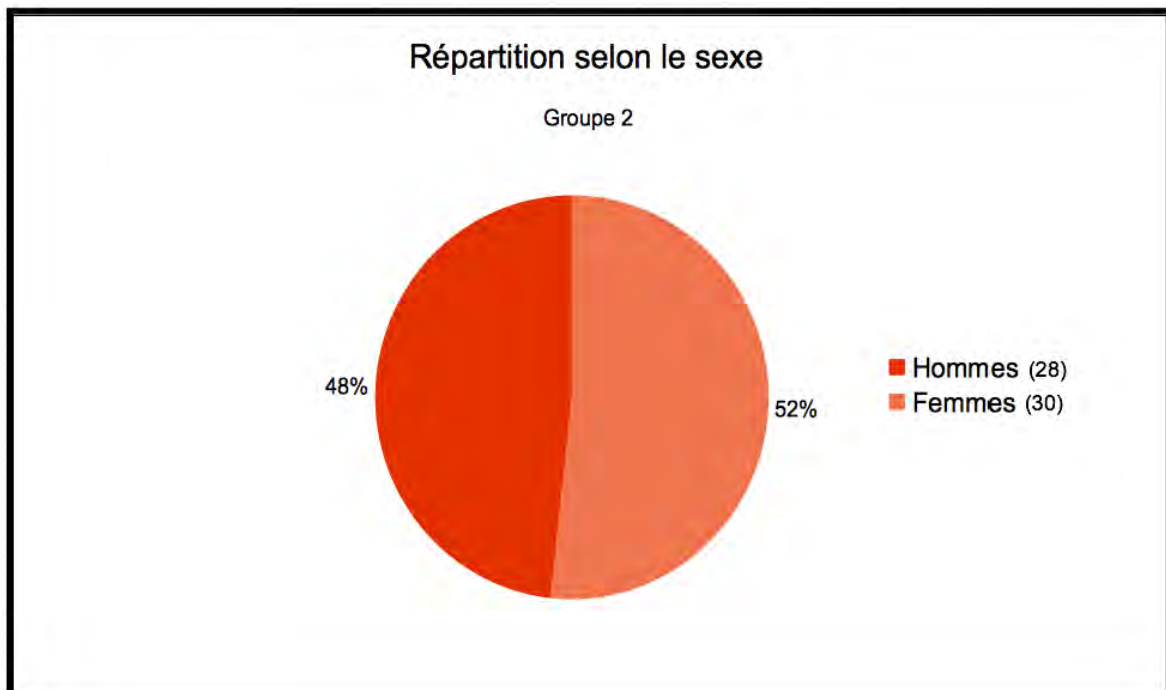


Figure 3 : Répartition des praticiens selon le sexe dans le groupe 2.

Les **figures 4 et 5** représentent la répartition des âges dans les deux groupes. L'âge moyen est de 44 ans dans le groupe 1, et de 30 ans dans le groupe 2.

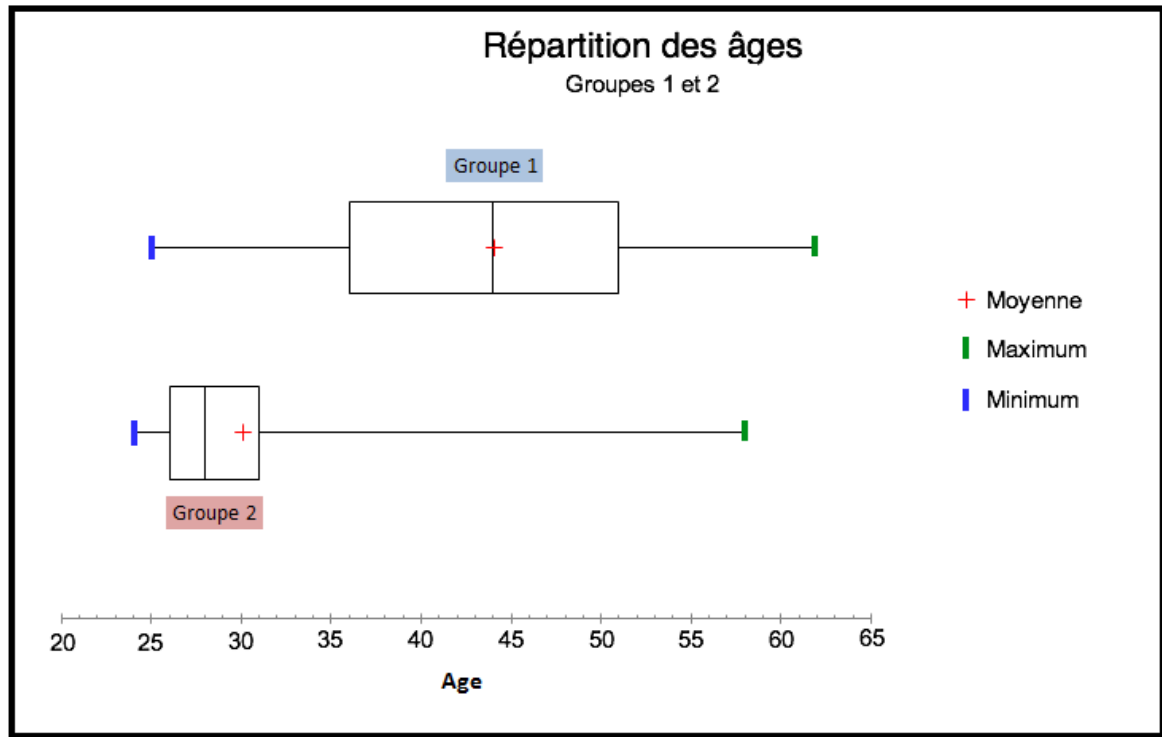


Figure 4 : Répartition des praticiens selon l'âge dans les groupes 1 et 2 (boîtes à moustaches).



Figure 5 : Répartition selon l'âge dans les groupes 1 et 2 (diagramme en bâton).

La **figure 6** illustre la répartition des praticiens, dans l'échantillon, selon les années d'expérience. Nous dénombrons 66 praticiens (58%) ayant entre 1 et 10 ans d'expérience, 17 praticiens (15%) ayant entre 11 et 20 ans d'expérience, 22 praticiens (19%) ayant 21 à 30 ans d'expérience, et 9 praticiens (8%) ayant plus de 30 ans d'expérience.

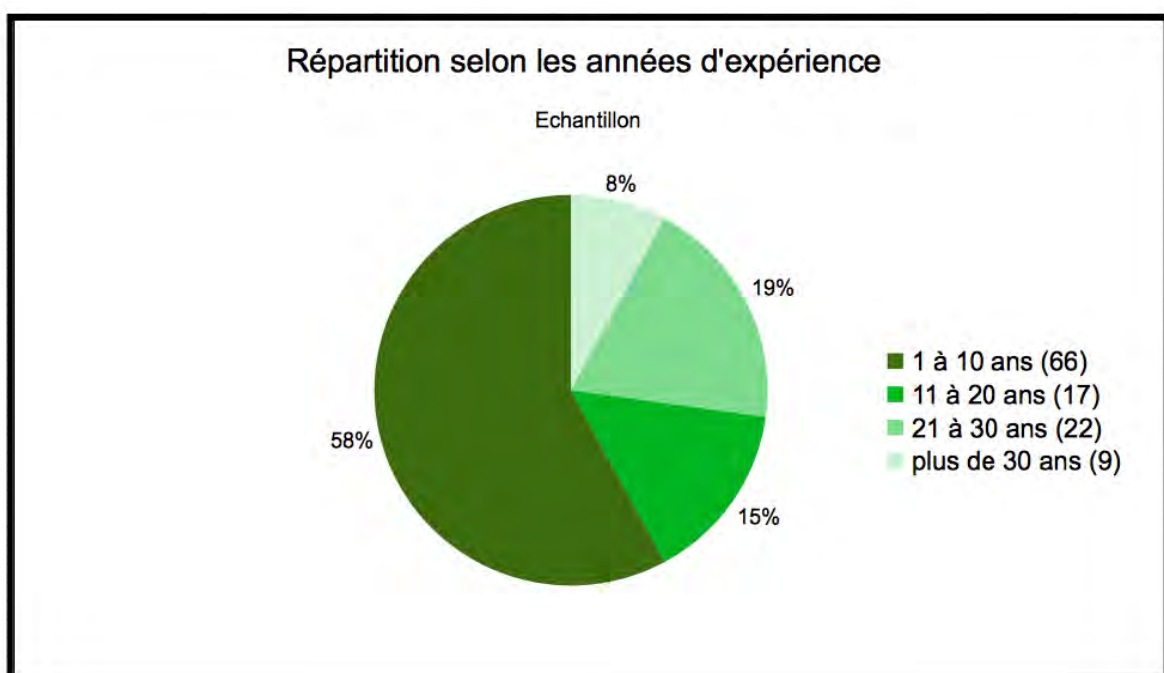


Figure 6 : Répartition selon les années d'expérience dans l'échantillon.

Comme nous pouvons le constater sur la **figure 7**, dans le groupe 1, la répartition est la suivante : 13 praticiens (23%) ont entre 1 et 10 ans d'expérience, 15 praticiens (27%) ont entre 11 et 20 ans d'expérience, 20 praticiens (36%) ont entre 21 et 30 ans d'expérience et 8 praticiens (14%) ont plus de 30 ans d'expérience.

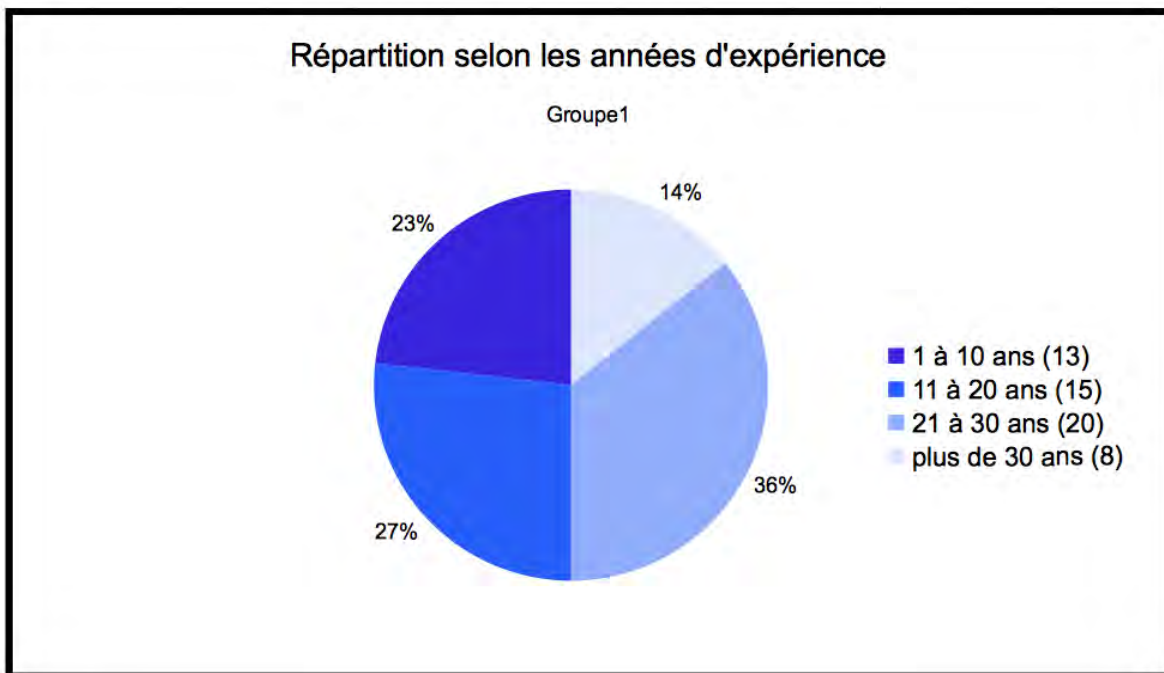


Figure 7 : Répartition selon les années d'expérience dans le groupe 1.

Dans le groupe 2, nous retrouvons 53 praticiens (91%) ayant entre 1 et 10 ans d'expérience, 2 praticiens (3,5%) ayant entre 11 et 20 ans d'expérience, 2 praticiens (3,5%) ayant entre 21 et 30 ans d'expérience et 1 praticien (2%) qui a plus de 30 ans d'expérience, tel que nous en informe la **figure 8**.



Figure 8 : Répartition selon les années d'expérience dans le groupe 2.

II.3.2. Pratique quotidienne

II.3.2.1. Retard sur les RDV

Nous avons souhaité interroger les praticiens sur le retard qu'ils pouvaient accumuler au cours de leur exercice quotidien, et qui peut être source de stress aussi bien pour le praticien que pour les patients qui attendent.

Les **figures 9 et 10** nous renseignent sur la façon dont les praticiens des deux groupes évaluent leur retard.

Sur une échelle de 0 à 10 (0 = jamais de retard ; 10 = souvent du retard), la moyenne est de 2,41 pour le groupe 1 avec un écart type de 2,15.

Dans le groupe 2, la moyenne est de 2,45 avec un écart type de 1,74. Les médianes sont de 2 pour les deux groupes. Les groupes 1 et 2 évaluent donc leur retard de manière similaire.

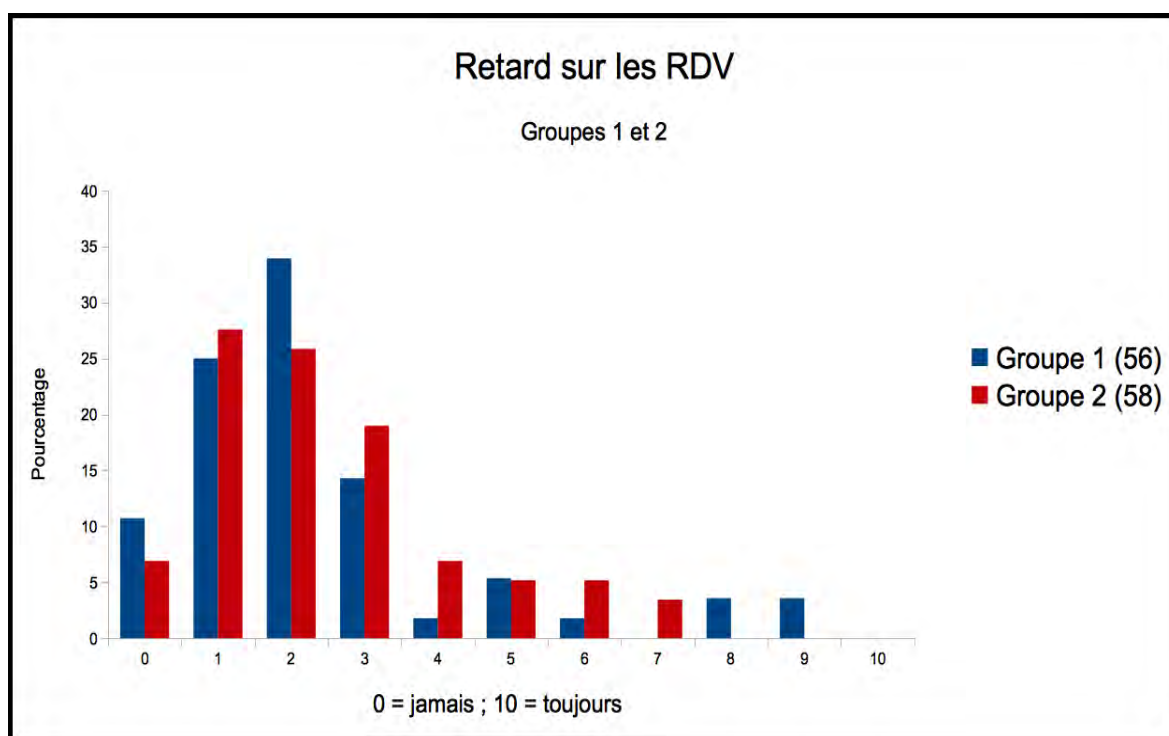


Figure 9 : Retard des praticiens des groupes 1 et 2 sur les rdv (diagramme en bâton).

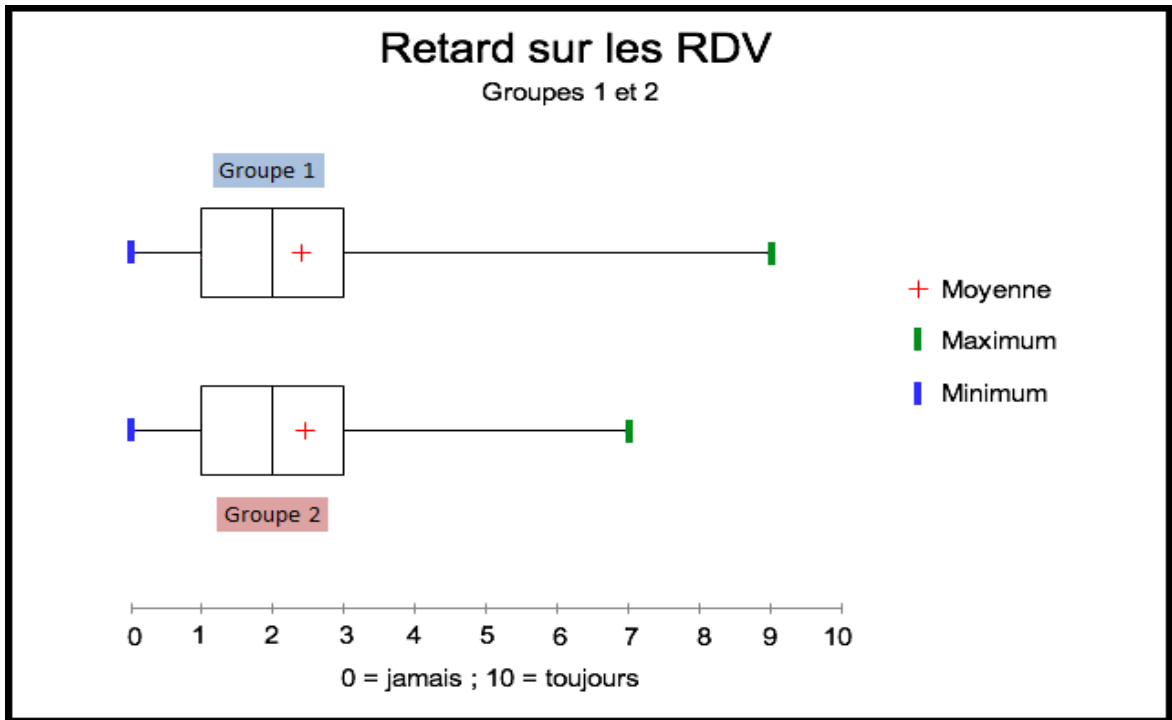


Figure 10 : Retard des praticiens des groupes 1 et 2 sur les rdv (boîtes à moustaches).

II.3.2.2. Bien être du praticien

Les **figures 11 et 12** nous permettent d'apprécier la façon dont les praticiens des deux groupes évaluent leur stress.

Sur une échelle de 0 à 10 (0 = aucun stress ; 10 = beaucoup de stress), le groupe 1 a une moyenne de 4,11 avec un écart type de 2,47 et une médiane de 3.

Le groupe 2 a quant à lui une moyenne de 5,10 avec un écart type de 2,32 et une médiane de 5.

Les praticiens du groupe 1 s'estiment donc moins stressés par leur travail que ceux du groupe 2.

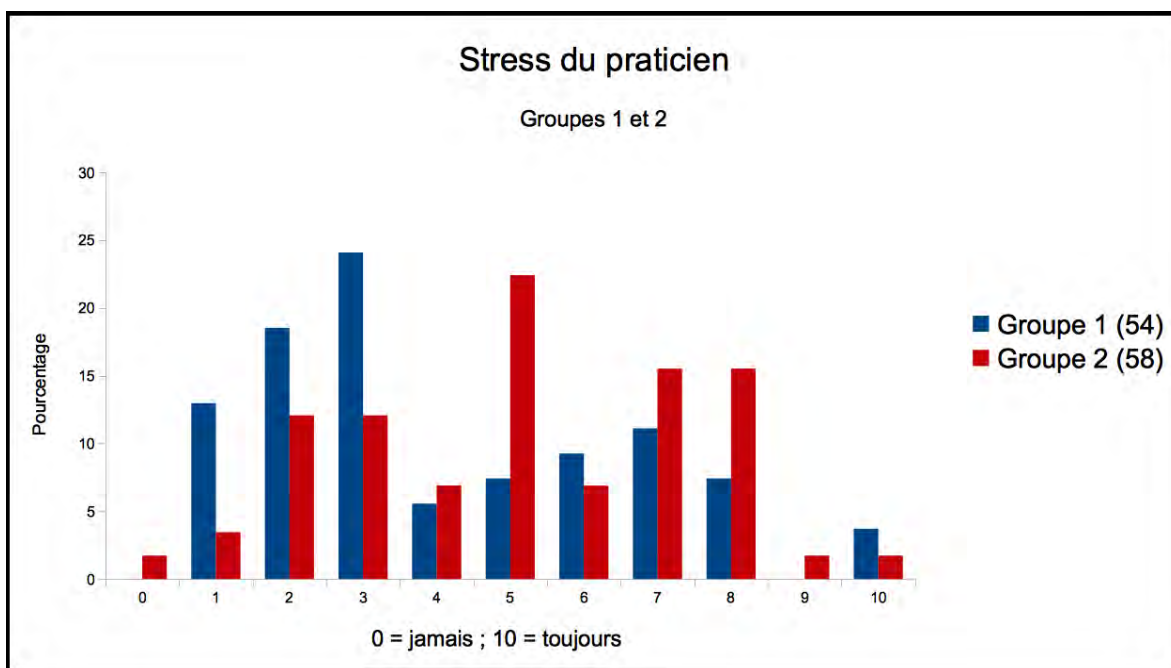


Figure 11 : Stress des praticiens des groupes 1 et 2 (diagramme en bâton).

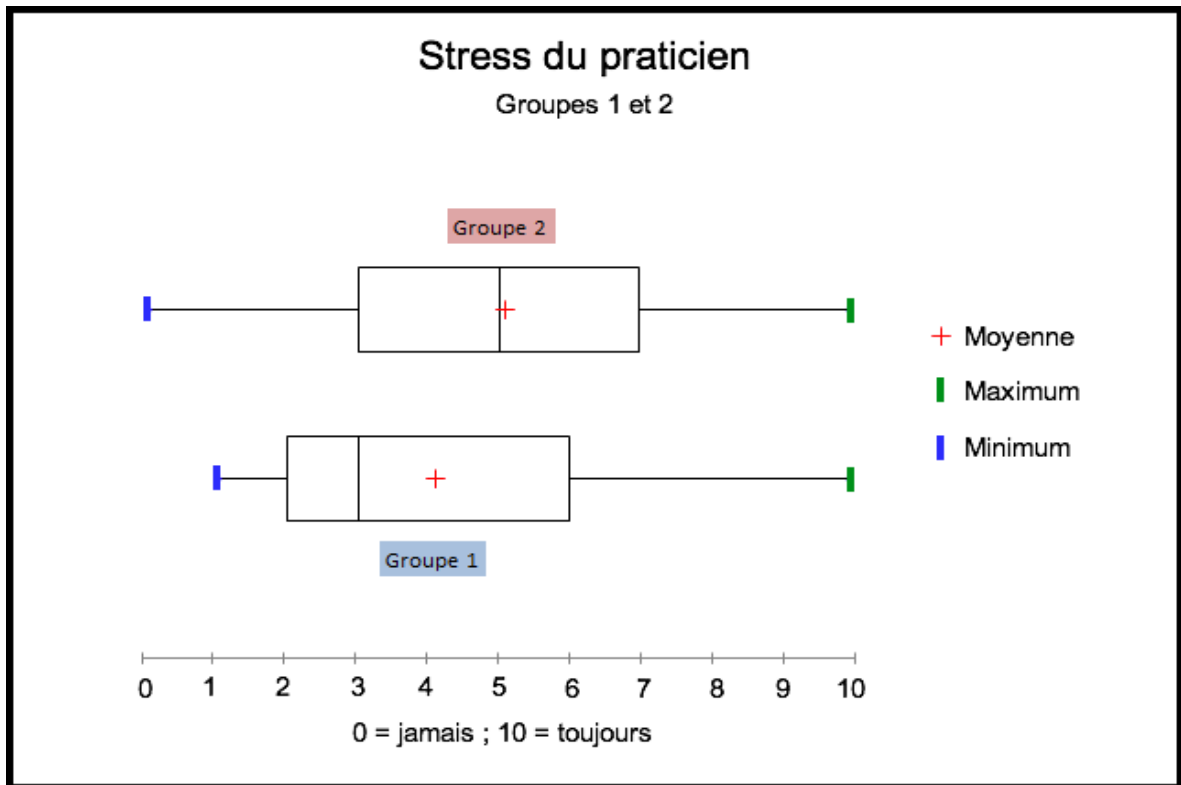


Figure 12 : Stress des praticiens des groupes 1 et 2 (boîtes à moustaches).

Les **figures 13 et 14** nous indiquent qu'il y a peu de différence quant à la fatigue ressentie par les praticiens des groupes 1 et 2.

Sur une échelle de 0 à 10 (0 = pas du tout fatigué ; 10 = énormément fatigué), les moyennes sont de 5,79 pour le groupe 1 (avec un écart type de 2,31) et 5,10 pour le groupe 2 (avec un écart type de 2,32). Les médianes sont quant à elles de 6 pour le groupe 1 et 5 pour le groupe 2.

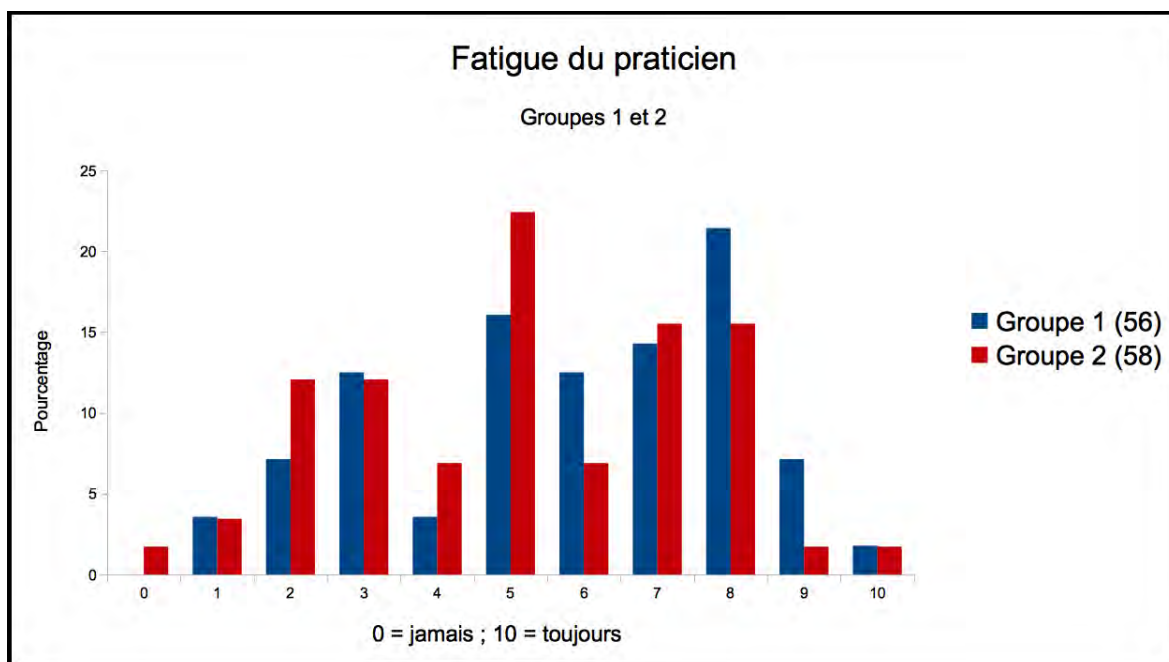


Figure 13 : Fatigue des praticiens des groupes 1 et 2 (diagramme en bâton).

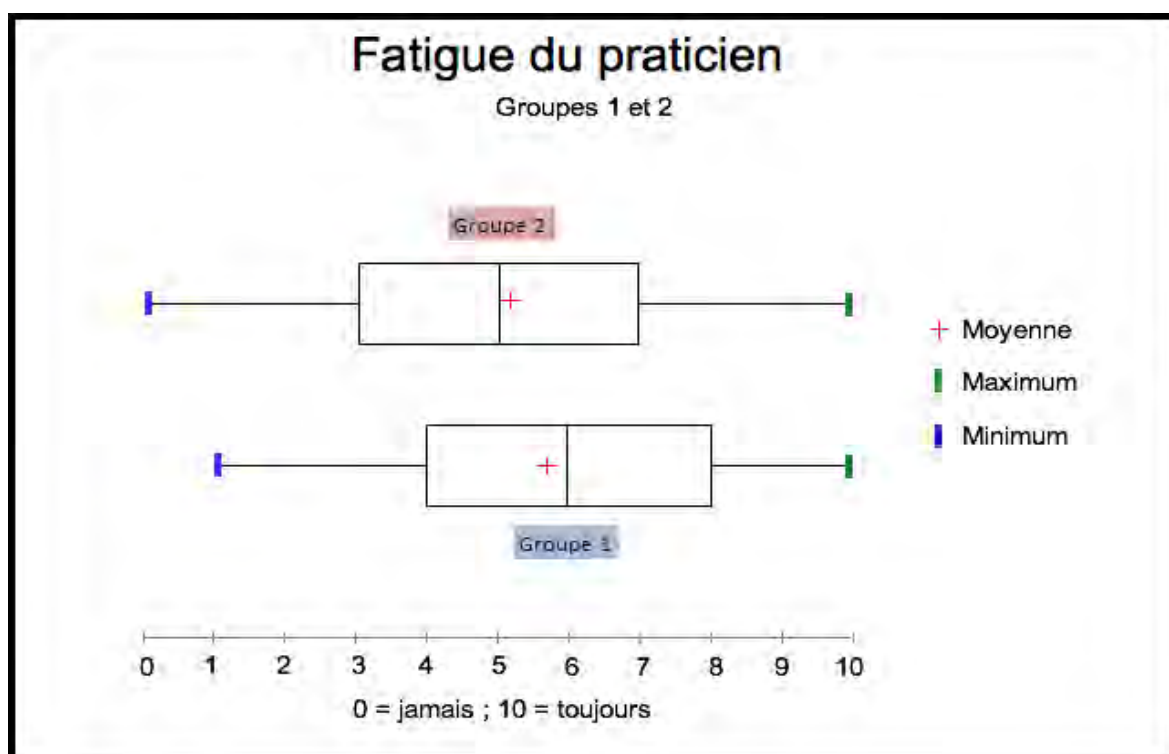


Figure 14 : Fatigue des praticiens des groupes 1 et 2 (boîtes à moustaches).

II.3.2.3. Relationnel

La **figure 15** reflète la façon dont les praticiens des groupes 1 et 2 évaluent leur relation avec les patients.

Dans les deux groupes, les praticiens sont relativement à l'aise avec leurs patients, même si les praticiens du groupe 1 semblent l'être légèrement plus.

En effet, dans le groupe 1, 0% ne se disent pas du tout à l'aise ou très peu à l'aise, 2% moyennement à l'aise, 71% assez à l'aise et 27% totalement à l'aise avec leurs patients.

Alors que dans le groupe 2, la répartition est la suivante : 0% des praticiens qui ne se sentent pas du tout à l'aise, 3% très peu à l'aise, 9% moyennement à l'aise, 67% assez à l'aise et 21% totalement à l'aise avec leurs patients.

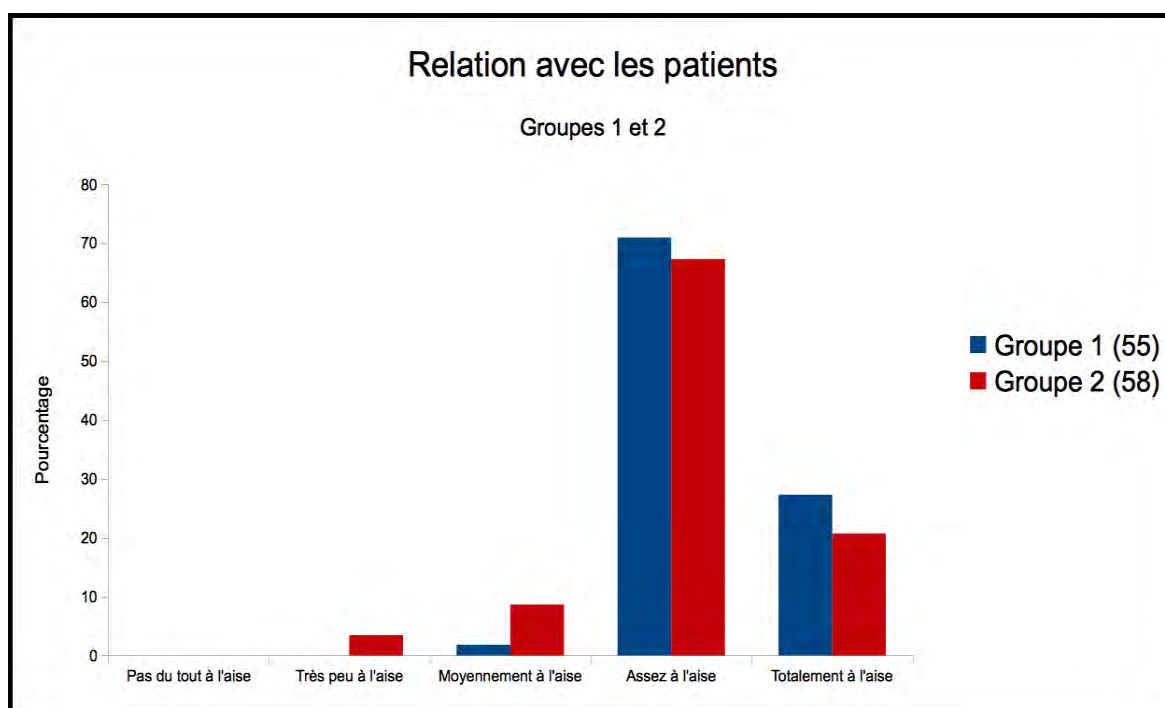


Figure 15 : Qualité de la relation des praticiens des groupes 1 et 2 avec leurs patients.

La **figure 16** représente la façon dont les praticiens des groupes 1 et 2 apprécient leur relation avec leurs confrères.

Là aussi, les praticiens des groupes 1 et 2 sont majoritairement satisfaits, mais ceux du groupe 1 semblent plus à l'aise avec leurs confrères.

Dans le groupe 1, 0% des praticiens ne sont pas du tout à l'aise, 2% le sont très peu, 9% moyennement, 54% assez et enfin 36% sont totalement à l'aise.

Dans le groupe 2, 0% des praticiens ne sont pas du tout à l'aise, 3% très peu, 12% moyennement, 59% assez, et 26% totalement.

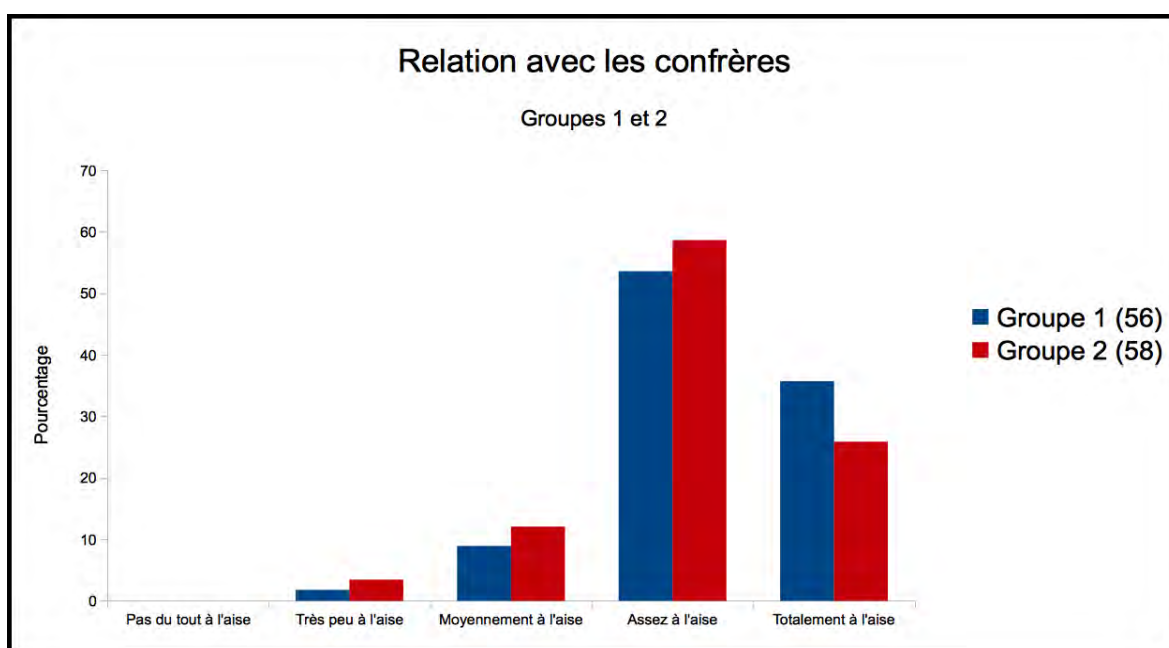


Figure 16 : Qualité de la relation des praticiens des groupes 1 et 2 avec leurs confrères.

La **figure 17** nous permet d'étudier la manière dont les praticiens des groupes 1 et 2 perçoivent leur relation avec leur(s) assistante(s).

Là encore, la majorité des praticiens semblent satisfaits, avec une fois encore un meilleur ressenti pour le groupe 1.

En effet, dans le groupe 1, 0% des praticiens ne sont pas du tout ou très peu à l'aise dans leur relation avec leur(s) assistante(s), 6% le sont moyennement, 47% assez, et 47% totalement.

Alors que dans le groupe 2, 0% des praticiens ne sont pas du tout à l'aise dans leur relation avec leur(s) assistante(s), 4% le sont très peu, 0% moyennement, 51% assez, et 46% totalement.

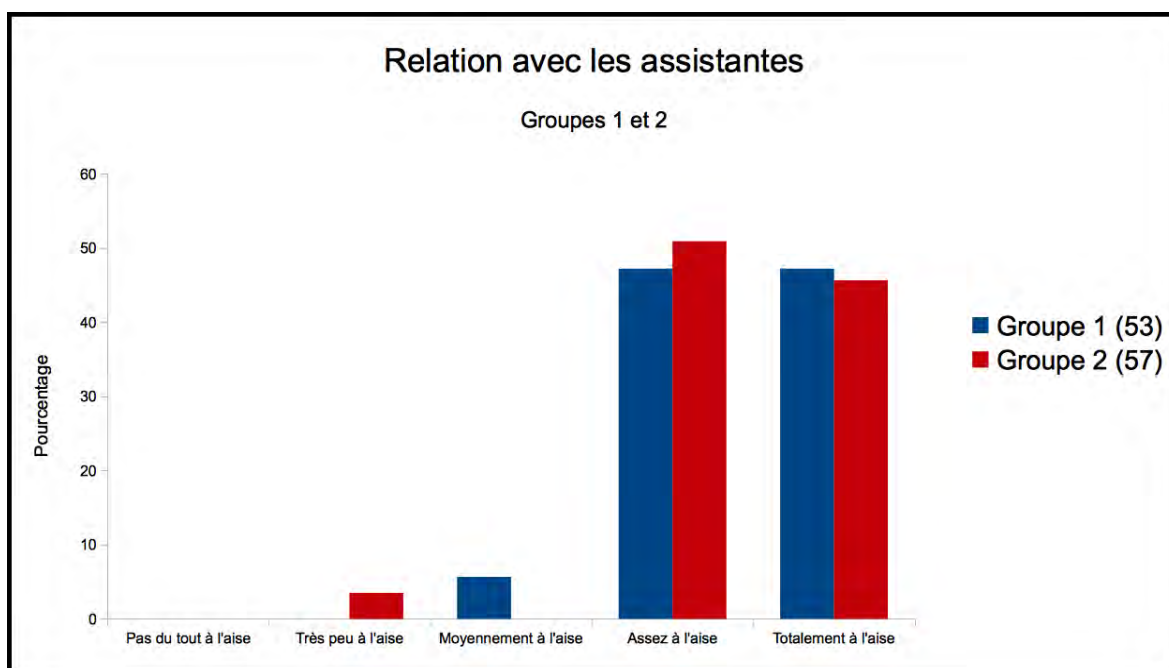


Figure 17 : Qualité de la relation des praticiens des groupes 1 et 2 avec leurs assistantes.

Vis à vis de leur relation avec les prothésistes, comme nous le révèle la **figure 18**, les praticiens des groupes 1 et 2 sont relativement satisfaits, mais le groupe 1 semble l'être de manière plus importante.

Dans le groupe 1, 0% ne se disent pas du tout à l'aise, 0% très peu à l'aise, 2% moyennement à l'aise, 71% assez à l'aise et 27% totalement à l'aise avec leurs prothésistes.

Dans le groupe 2, on retrouve une répartition comparable, avec 0% des praticiens qui ne se sentent pas du tout à l'aise, 3% très peu à l'aise, 9% moyennement à l'aise, 67% assez à l'aise et 21% totalement à l'aise avec leurs prothésistes.

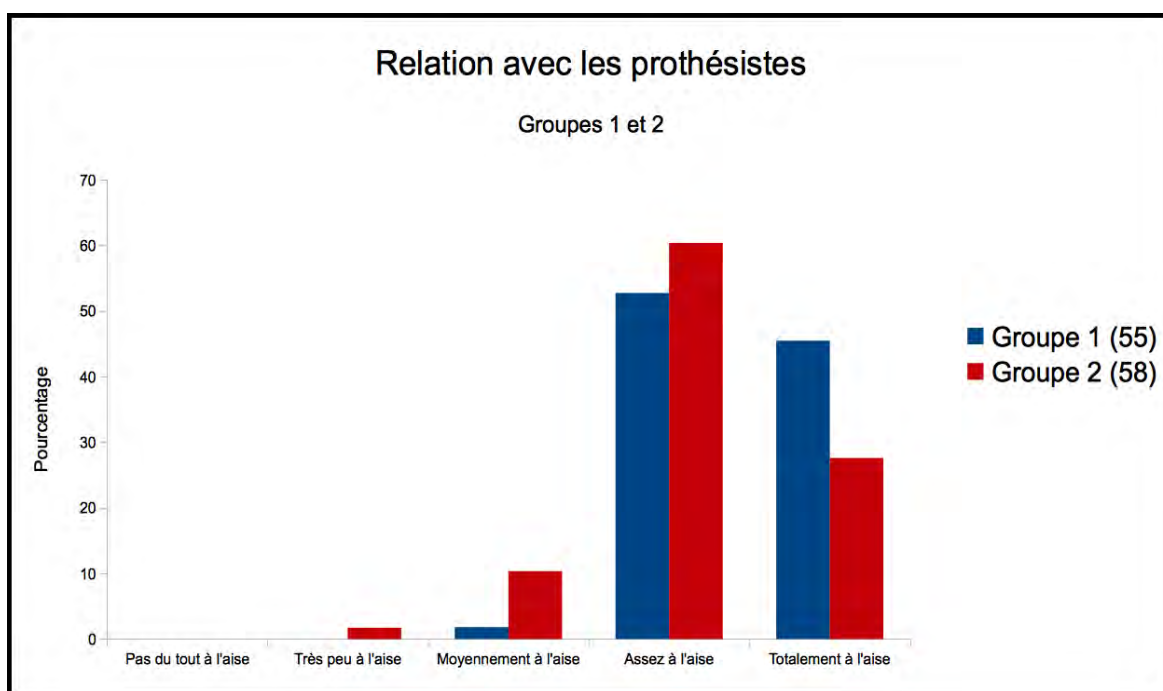


Figure 18 : Qualité de la relation des praticiens des groupes 1 et 2 avec les prothésistes.

En ce qui concerne le temps passé par les praticiens des groupes 1 et 2 à expliquer le diagnostic à leurs patients, les deux groupes évaluent y consacrer beaucoup de temps, comme le démontre la **figure 19**.

Dans le groupe 1, 0% des praticiens pensent ne pas passer du tout ou très peu de temps à expliquer le diagnostic à un patient, 15% peu de temps, 76% beaucoup de temps et 9% énormément.

Dans le groupe 2, 0% des praticiens évaluent aussi ne pas passer du tout ou très peu de temps à expliquer un diagnostic, 17% peu de temps, 67% beaucoup de temps, et 16% énormément de temps.

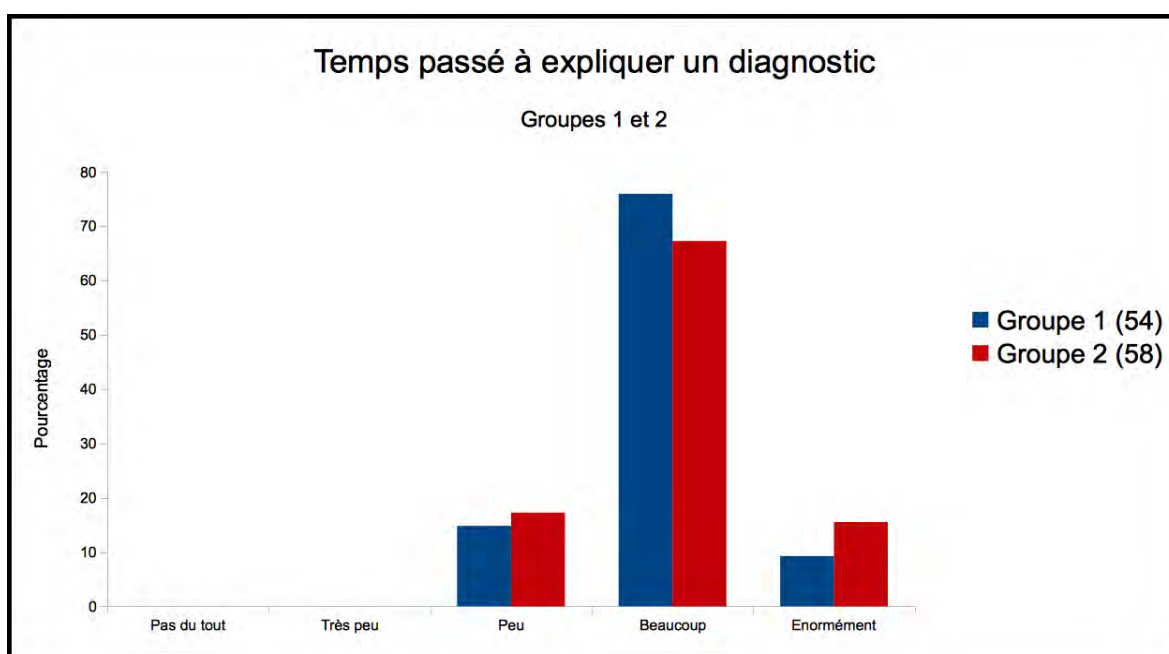


Figure 19 : Temps passé par les praticiens des groupes 1 et 2 à expliquer le diagnostic au patient.

La **figure 20** nous permet de mettre en évidence le temps passé par les praticiens des groupes 1 et 2 à expliquer un plan de traitement à leurs patients.

Nous remarquons que les praticiens des deux groupes évaluent de façon comparable ce temps.

Dans le groupe 1, 0% des praticiens évaluent ne pas passer du tout ou passer très peu de temps à expliquer un plan de traitement à leurs patients, 13% peu de temps, 75% beaucoup de temps et 11% énormément de temps.

Dans le groupe 2, nous retrouvons une répartition très proche de celle du groupe 1, avec 0% des praticiens qui évaluent ne pas passer du tout de temps ou très peu de temps) expliquer un plan de traitement, 12% peu de temps, 74% beaucoup de temps et 14% énormément.

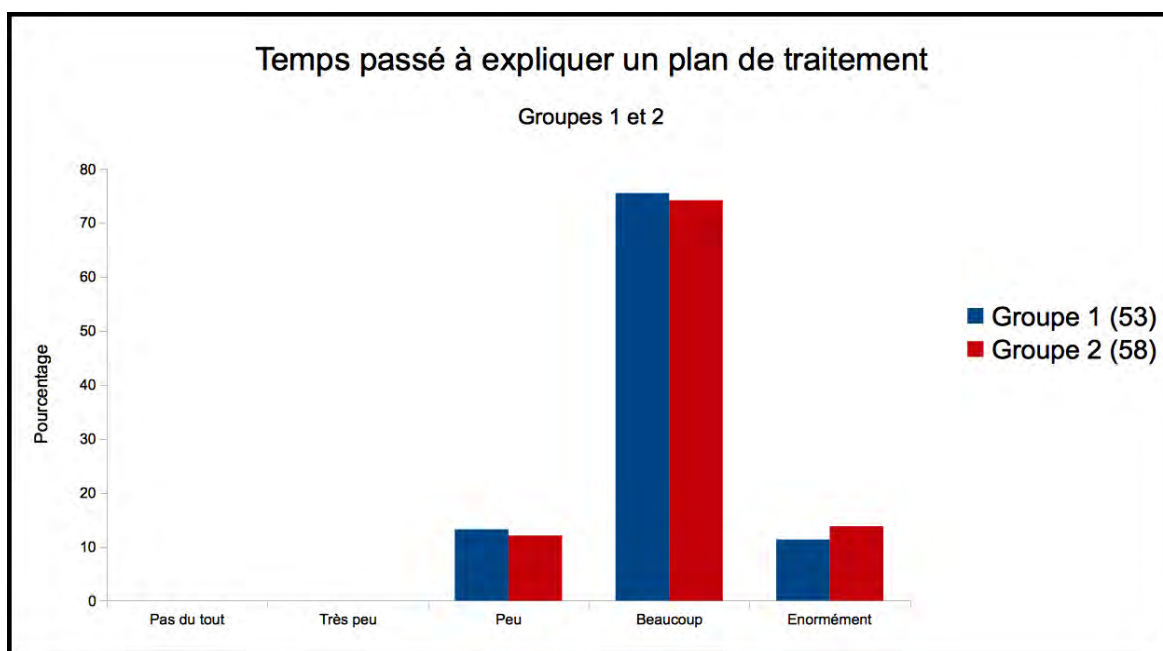


Figure 20 : Temps passé par les praticiens des groupes 1 et 2 à expliquer le plan de traitement au patient.

II.3.2.4. Anesthésies

La **figure 21** illustre la fréquence d'échec d'anesthésie lors de la réalisation de soins d'urgences dans les groupes 1 et 2.

Les praticiens du groupe 1 semblent être moins fréquemment victimes d'échecs d'anesthésie lors des soins d'urgences que ceux du groupe 2.

En effet, dans le groupe 1, 13% des praticiens disent n'avoir jamais d'échecs d'anesthésie, 77% de temps en temps, 9% souvent, 2% très souvent et 0% toujours.

Alors que dans le groupe 2, 0% disent n'en avoir jamais, 81% de temps en temps, 16% souvent, 3% très souvent, et 0% toujours.

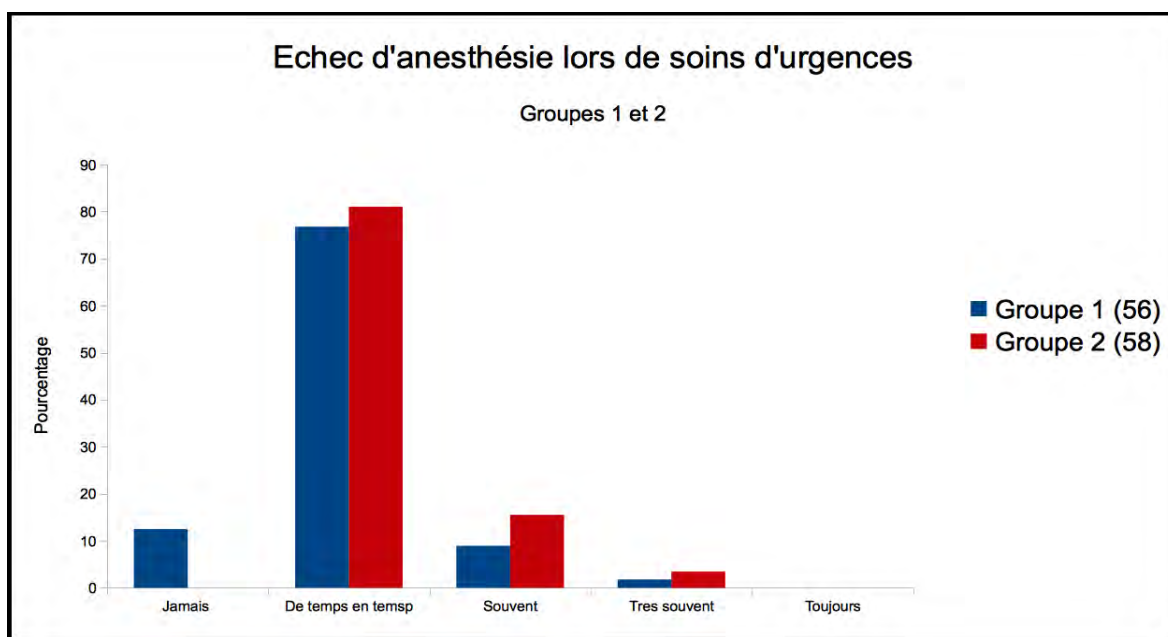


Figure 21 : Fréquence d'échecs d'anesthésie lors de soins d'urgences, groupe 1 et 2.

La **figure 22** nous montre une fréquence assez proche dans les groupes 1 et 2 concernant les échecs d'anesthésie lors de la réalisation de soins conservateurs.

Dans le groupe 1, 39% des praticiens affirment n'avoir jamais d'échec d'anesthésie lors de la réalisation de soins conservateurs, 61% de temps en temps, et 0% souvent, très souvent ou toujours.

Dans le groupe 2, la répartition est la suivante : 41% jamais, 59% de temps en temps, et 0% souvent, très souvent ou toujours.

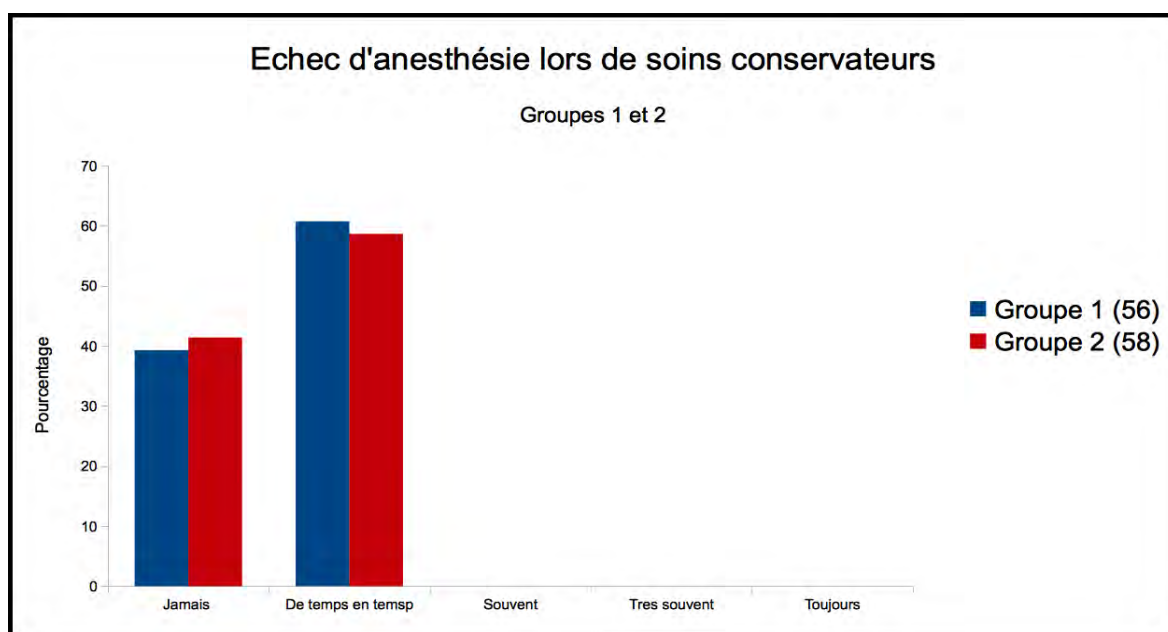


Figure 22 : Fréquence d'échecs d'anesthésie lors de soins conservateurs, groupe 1 et 2.

La **figure 23** nous renseigne sur la fréquence d'échecs d'anesthésie lors de la réalisation de soins endodontiques.

Les praticiens du groupe 1 estiment en avoir moins fréquemment que ceux du groupe 2.

Dans le groupe 1, 21% des praticiens disent n'avoir jamais d'échecs, 77% de temps en temps, 2% souvent et 0% très souvent ou toujours.

Dans le groupe 2, seulement 9% disent n'en avoir jamais, 88% de temps en temps, 3% souvent et 0% très souvent ou toujours.

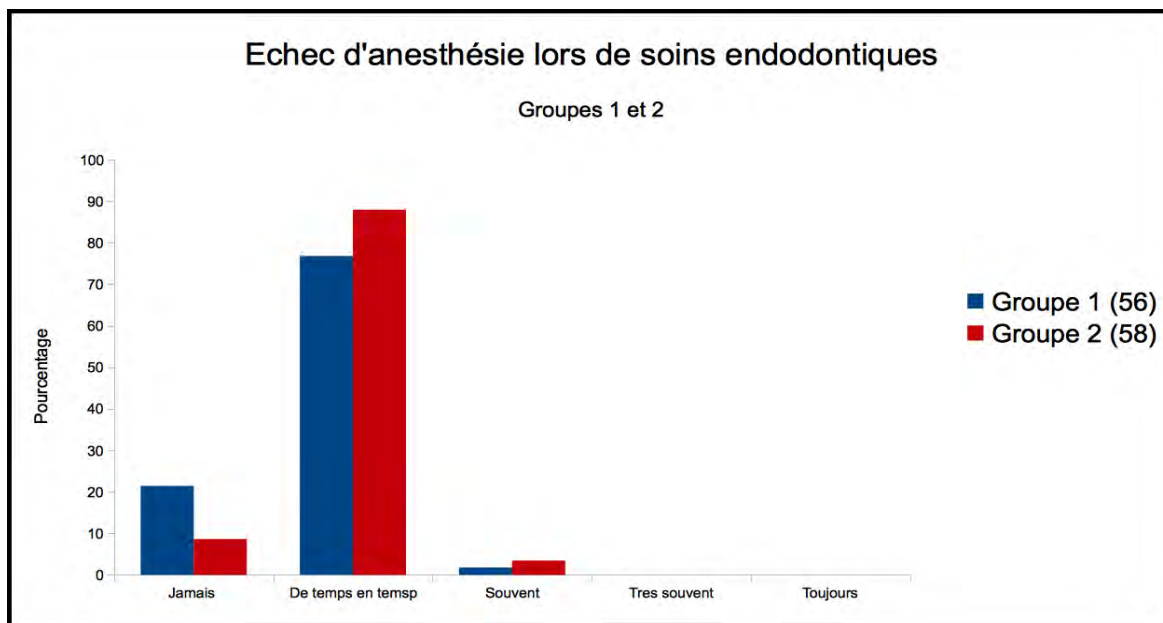


Figure 23 : Fréquence d'échecs d'anesthésie lors de soins endodontiques, groupe 1 et 2.

La **figure 24** nous permet de constater une différence de fréquence d'échec d'anesthésie lors de soins prothétiques entre les deux groupes.

Dans le groupe 1, 69% des praticiens disent n'avoir jamais d'échecs et 31% en avoir de temps en temps.

En revanche, dans le groupe 2, 83% disent n'en avoir jamais, et 17% de temps en temps.

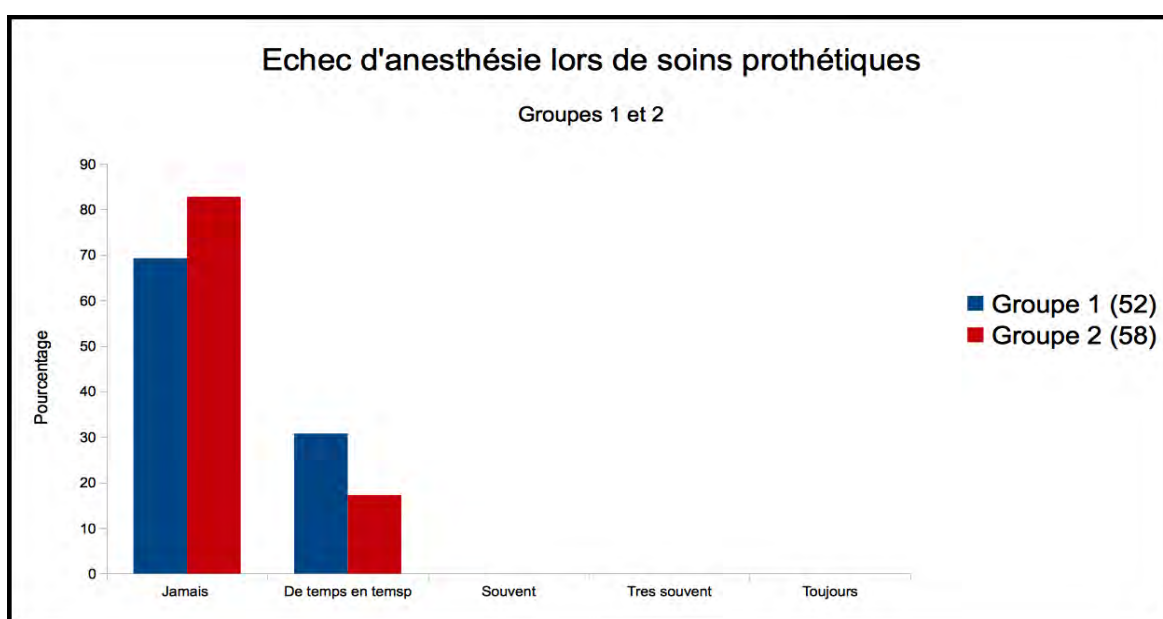


Figure 24 : Fréquence d'échecs d'anesthésie lors de soins prothétiques, groupe 1 et 2.

La fréquence d'échec d'anesthésie lors de la réalisation de soins chirurgicaux est très proche dans les deux groupes, comme nous l'indique la **figure 25**.

En effet, les praticiens du groupe 1 estiment à 33% n'avoir jamais d'échecs, et à 67% en avoir de temps en temps. Dans le groupe 2, la répartition est la suivante : 35% jamais et 65% de temps en temps.

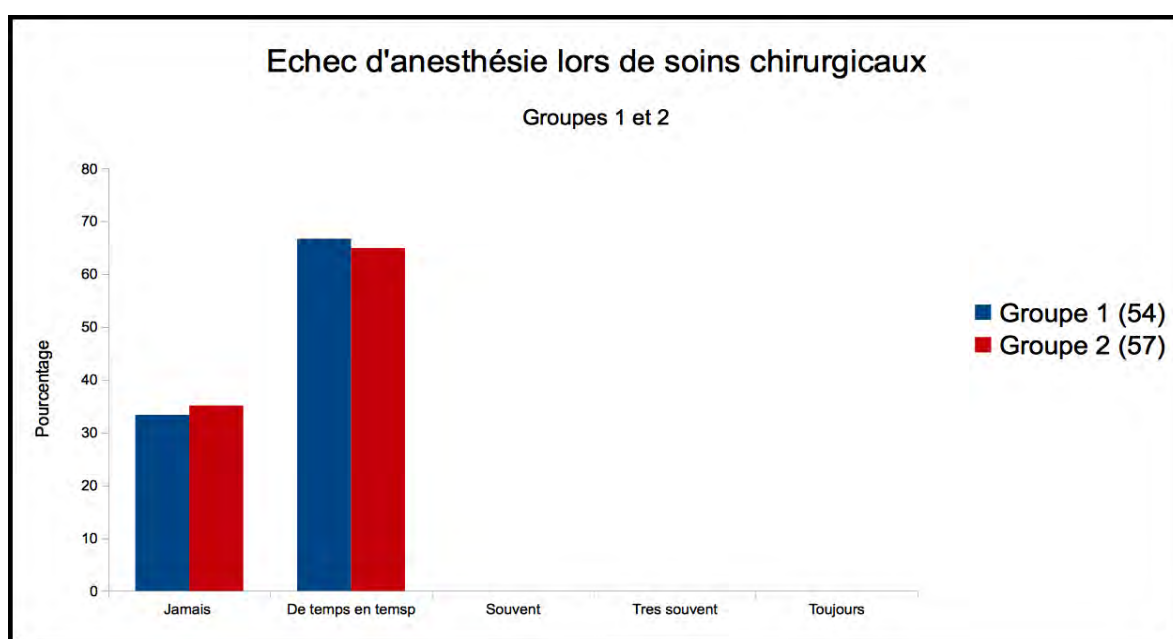


Figure 25 : Fréquence d'échecs d'anesthésie lors de soins chirurgicaux, groupe 1 et 2.

II.3.2.5. Douleurs post opératoires

La **figure 26** reflète la fréquence des douleurs post opératoires faisant suite à un soin d'urgence dans les deux groupes.

Dans groupe 1, 5% des praticiens estiment n'avoir jamais de douleur post opératoires après un soin d'urgence, 38% rarement et 57% occasionnellement.

Dans le groupe 2, 35% estiment en avoir rarement, 61% occasionnellement, et 4% souvent.

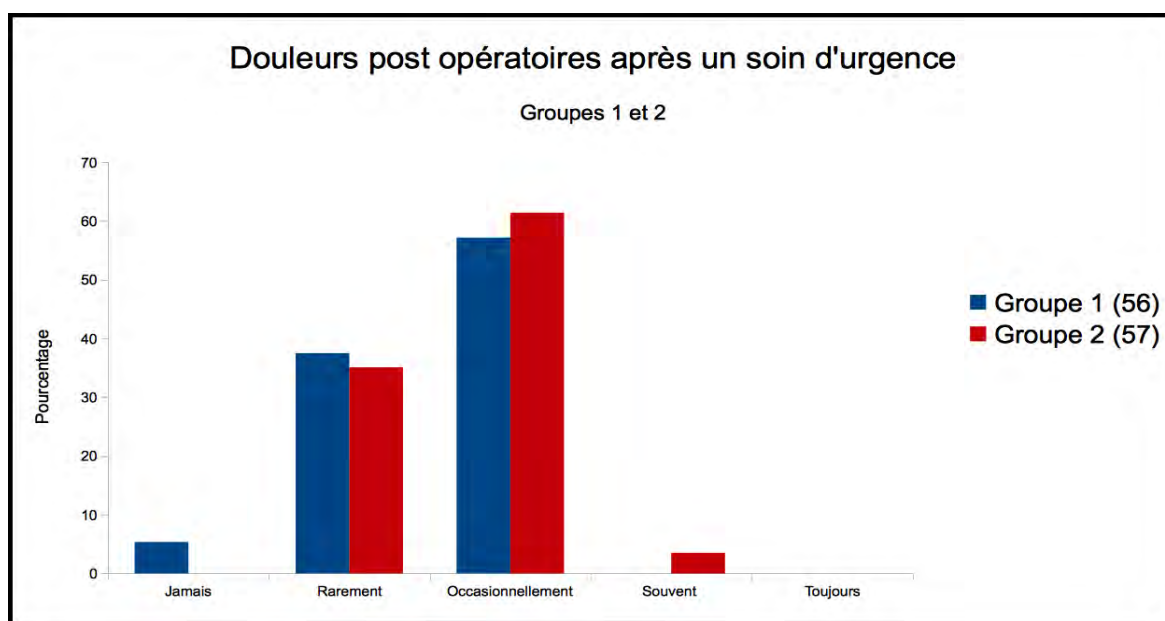


Figure 26 : Fréquence des douleurs post opératoires après un soin d'urgence, groupe 1 et 2.

Comme nous pouvons le voir sur la **figure 27**, en ce qui concerne les douleurs post opératoires suite à un soin endodontique, les patients des praticiens du groupe 1 semblent en avoir plus rarement que ceux du groupe 2.

Dans le groupe 1, 12% des praticiens disent que leurs patients n'ont jamais de douleurs post opératoires après un soin conservateur, 77% rarement, et 11% occasionnellement.

Dans le groupe 2, la répartition est la suivante : 9% jamais, 65% rarement, et 26% occasionnellement.

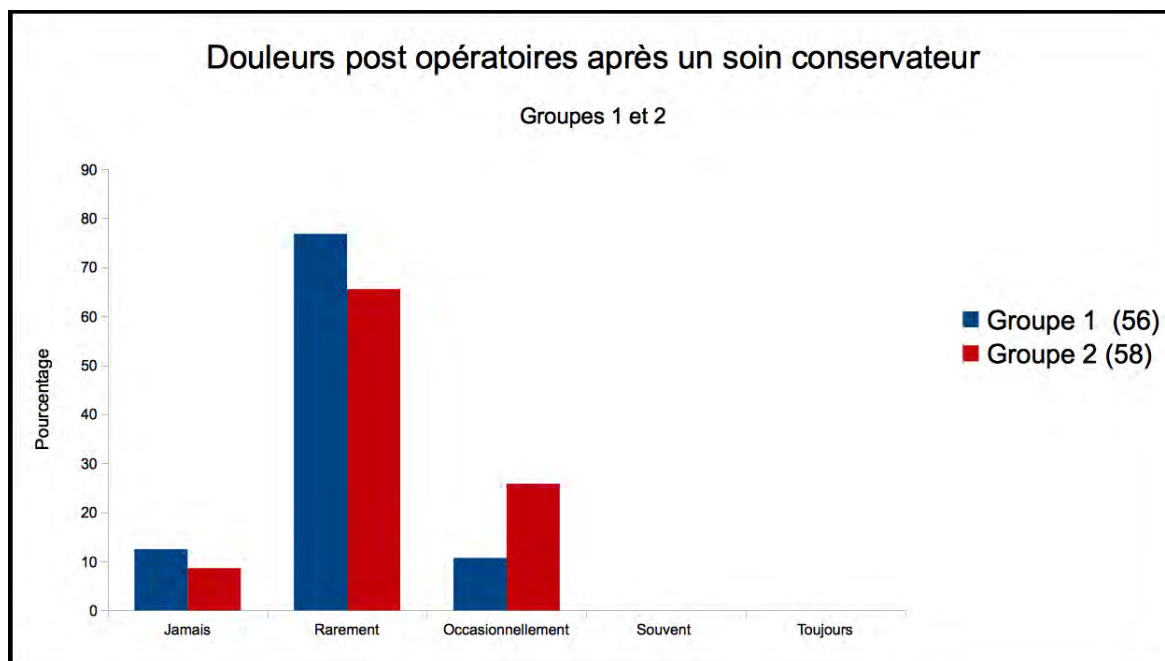


Figure 27 : Fréquence des douleurs post opératoires après un soin conservateur, groupe 1 et 2.

Pour ce qui est des douleurs post opératoires après un soin endodontique, la **figure 28** met en évidence que les praticiens du groupe 1 évaluent que leurs patients en souffrent moins fréquemment que ceux du groupe 2.

On peut voir que 5% des praticiens du groupe 1 affirment que leurs patients n'ont jamais de douleurs post opératoires après un soin endodontique, 61% rarement, 30% occasionnellement et 4% souvent.

Dans le groupe 2, la répartition est la suivante : 7% jamais, 41% rarement, 48% occasionnellement et 4% souvent.

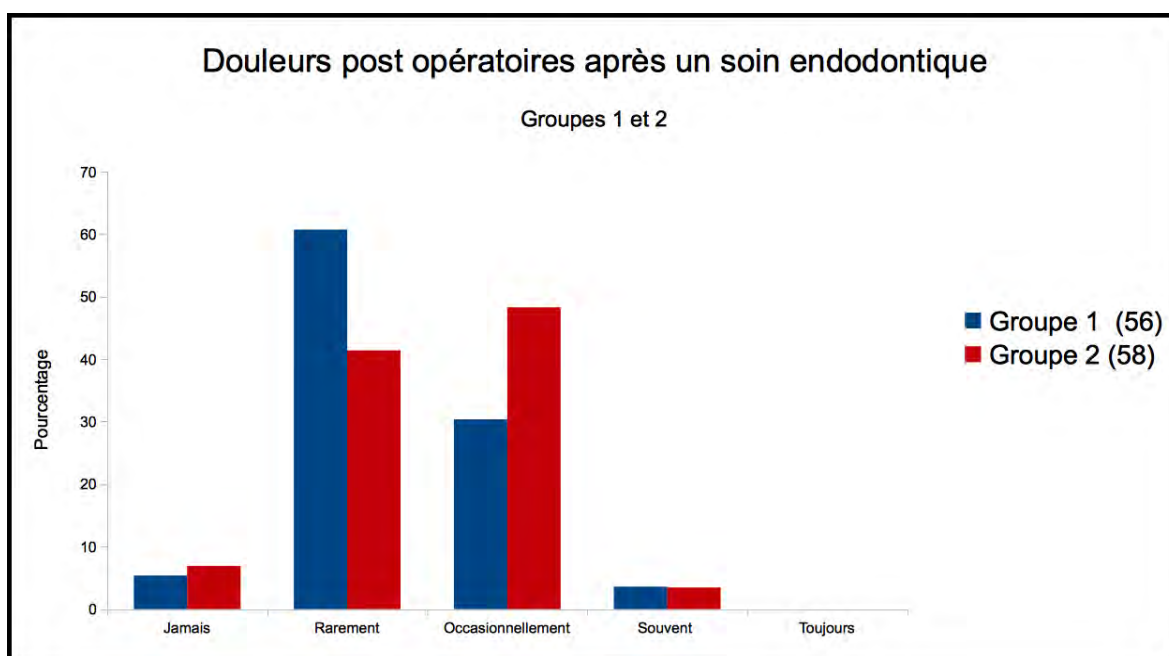


Figure 28 : Fréquence des douleurs post opératoires après un soin endodontique, groupe 1 et 2.

La fréquence d'apparition de douleur post opératoires suivant une préparation sur dent vivante semble moins élevé dans le groupe 1, comme nous en informe la **figure 29**.

Les praticiens du groupe 1 disent ne jamais en rencontrer pour 10% d'entre eux, rarement pour 70%, occasionnellement pour 14% et souvent pour 6%.

Dans le groupe 2, 9% disent ne jamais en rencontrer, 57% rarement, 32% occasionnellement, et 2% souvent.

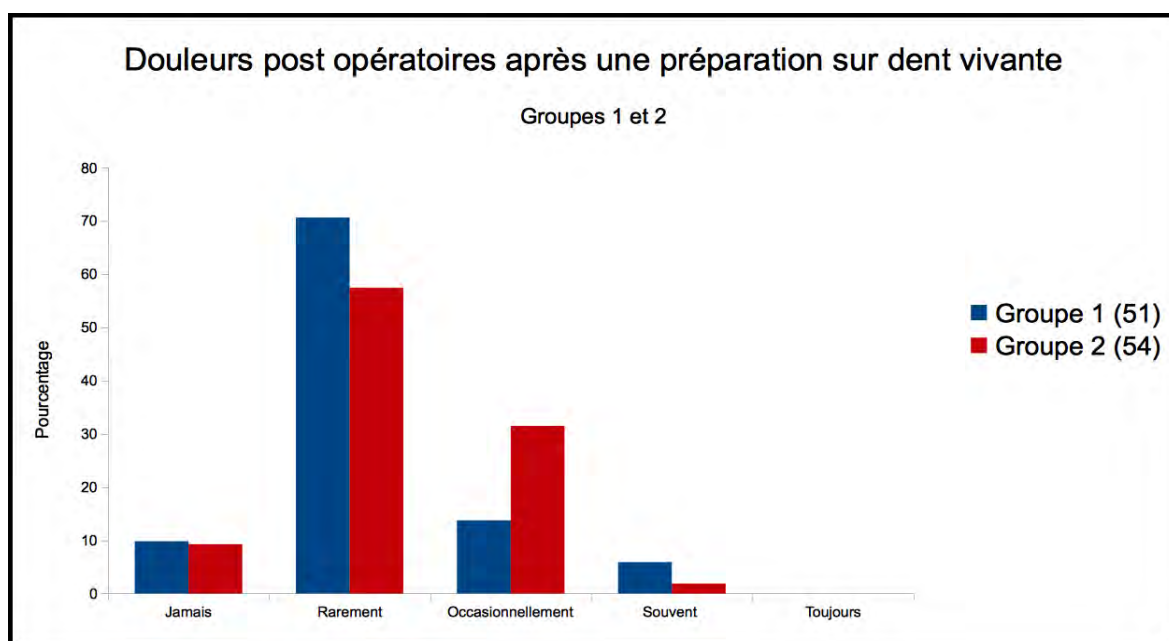


Figure 29 : Fréquence des douleurs post opératoires après une préparation sur dent vivante, groupe 1 et 2.

La **figure 30** nous permet d'apprécier la fréquence d'apparition de douleurs post opératoires consécutives à une avulsion ou une chirurgie simple. Nous pouvons voir que les praticiens du groupe 1 semblent devoir moins souvent y faire face.

En effet, la réparation dans le groupe 1 est la suivante : 7% jamais, 45% rarement, 41% occasionnellement, et 5% souvent.

Dans le groupe 2, nous pouvons observer que 40% des praticiens disent rarement y être confronté, 53% occasionnellement, et 7% souvent.

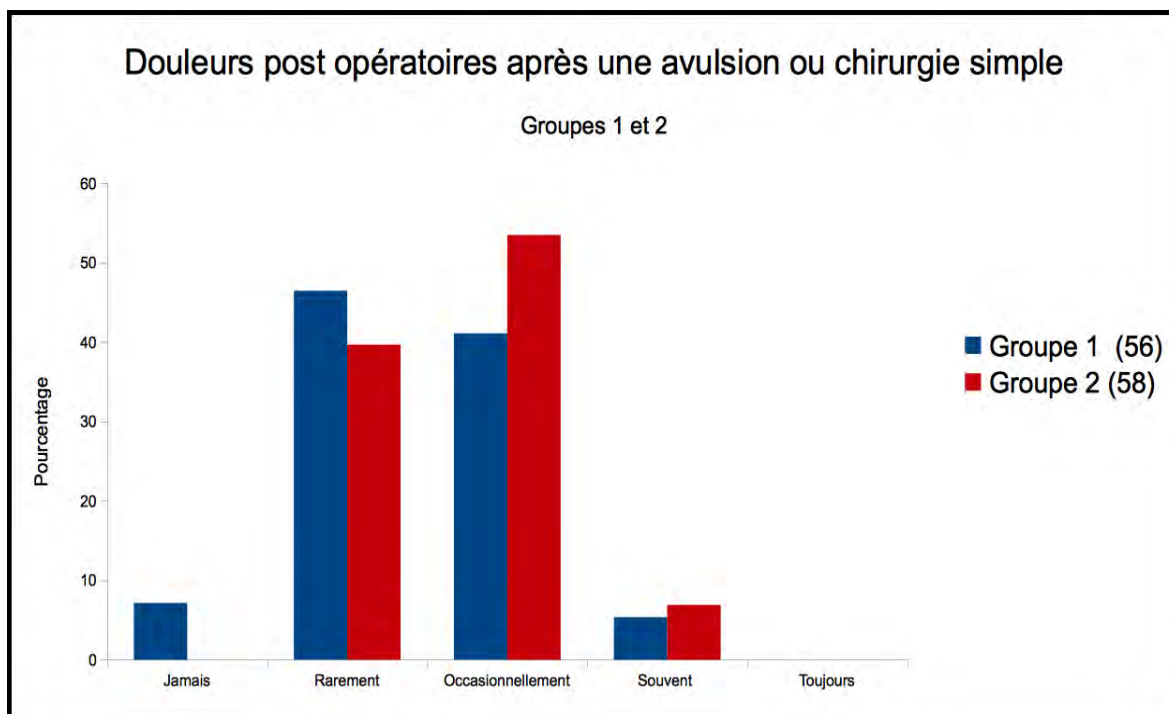


Figure 30 : Fréquence des douleurs post opératoires après une avulsion ou une chirurgie simple, groupe 1 et 2.

Enfin, à propos des douleurs post opératoires liées à une chirurgie complexe, la **figure 31** révèle que les praticiens du groupe 1 semblent y être moins fréquemment confrontés.

6% des praticiens du groupe 1 disent ne jamais y être confronté, 41% rarement, 41% occasionnellement, et 12% souvent.

La répartition dans le groupe 2 est la suivante : 8% jamais, 26% rarement, 38% occasionnellement, 26 souvent et 2% toujours.

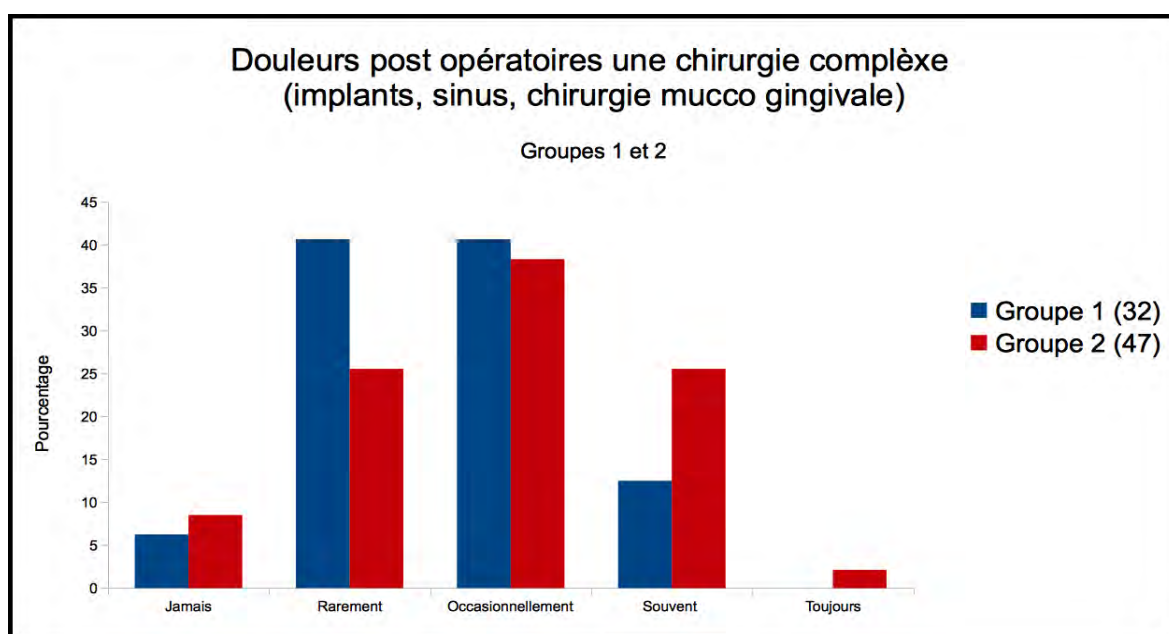


Figure 31 : Fréquence des douleurs post opératoires après une chirurgie complexe, groupe 1 et 2.

II.3.2.6. Empreintes et rapports inter-arcades

Comme nous pouvons le constater sur la **figure 32**, les praticiens du groupe 1 semblent avoir moins de difficultés lors de la réalisation d'empreintes pour prothèse fixée que ceux du groupe 2.

En effet, dans le groupe 1, 17% des praticiens disent ne jamais rencontrer de difficultés, 67% rarement et 16% occasionnellement.

Dans le groupe 2, les résultats sont : 16% jamais, 39% rarement, 42% occasionnellement et 3 % souvent.

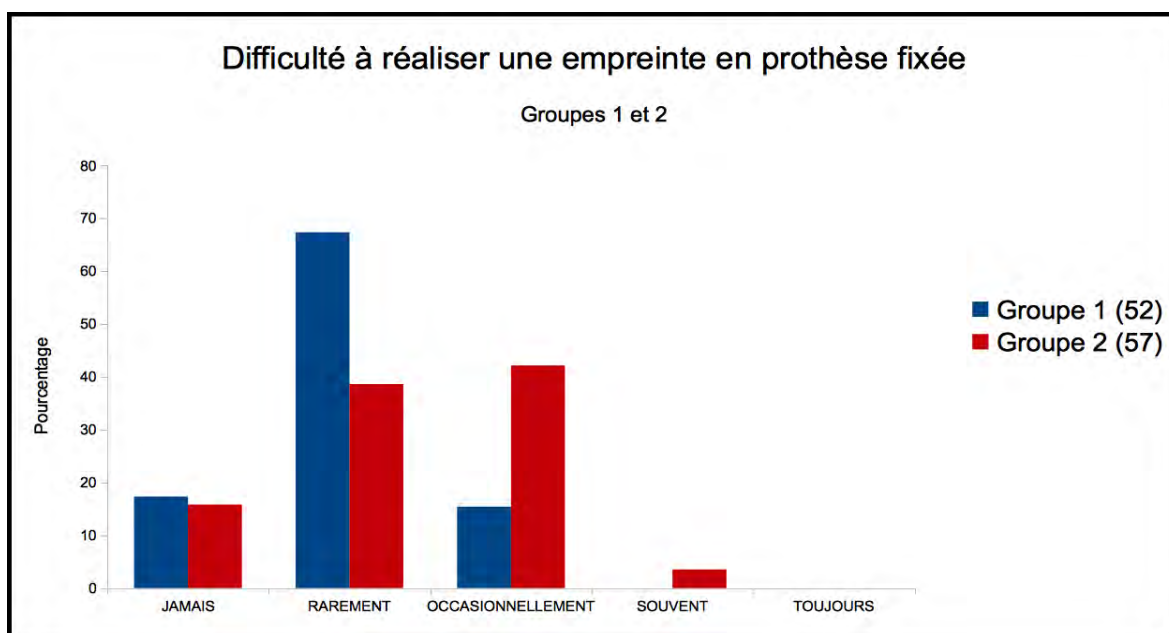


Figure 32 : Difficulté à réaliser une empreinte en prothèse fixée, groupe 1 et 2.

La **figure 33** nous indique que les praticiens du groupe 1 évaluent avoir moins de difficultés lors de la réalisation d'empreintes en prothèse partielle amovible que ceux du groupe 2.

Les résultats pour le groupe 1 sont : 15% jamais, 62% rarement et 23% occasionnellement.

Dans le groupe 2, les résultats sont : 12% jamais, 45% rarement, 39% occasionnellement et 4% souvent.

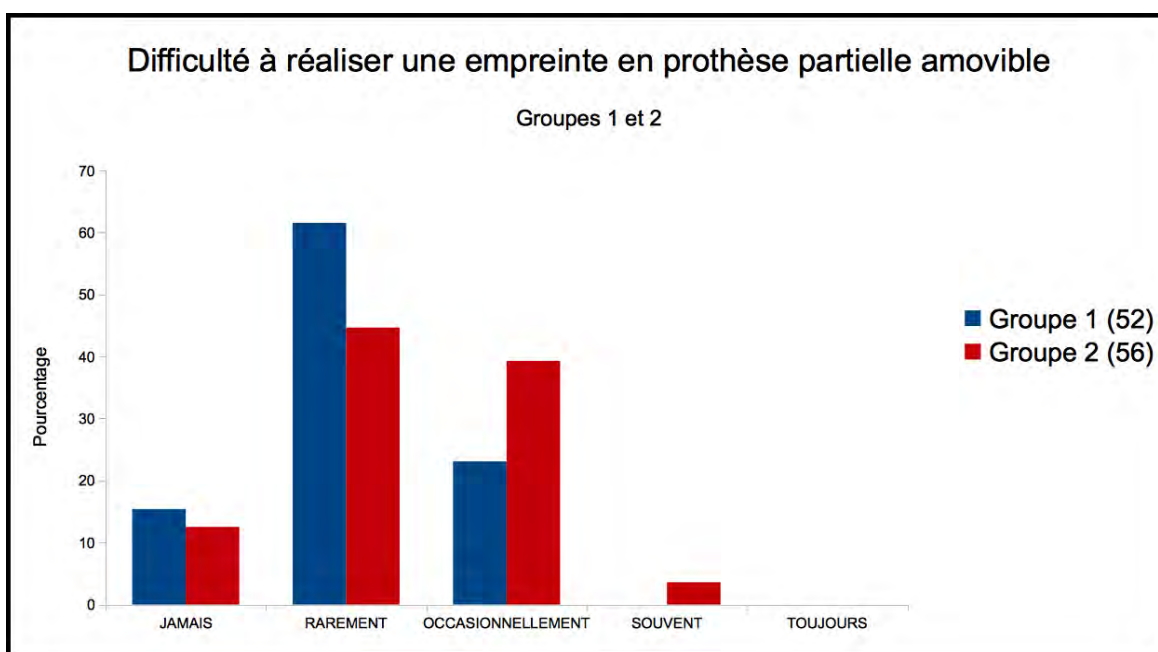


Figure 33 : Difficulté à réaliser une empreinte en prothèse partielle amovible, groupe 1 et 2.

La **figure 34** illustre que les praticiens du groupe 1 pensent rencontrer moins fréquemment des difficultés lors de la prise d'empreinte en prothèse adjointe complète que les praticiens du groupe 2.

La répartition des résultats est la suivante : 11% jamais, 58% rarement, 27% occasionnellement et 4 souvent pour le groupe 1 ; 9% jamais, 37% rarement, 38% occasionnellement , 14% souvent et 2% toujours pour le groupe 2.

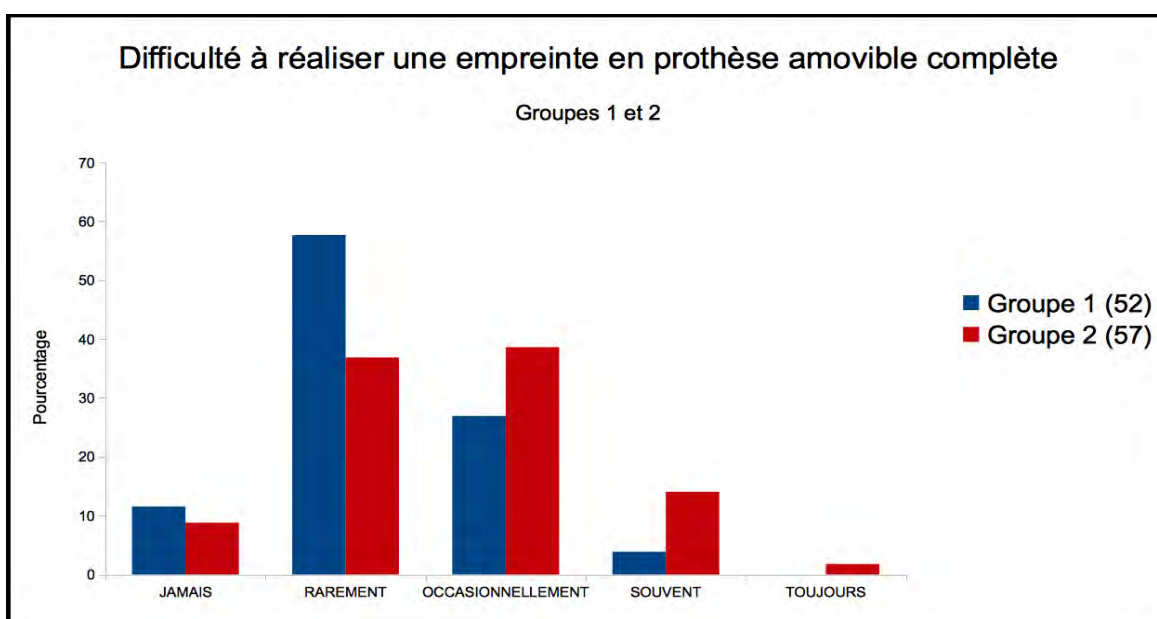


Figure 34 : Difficulté à réaliser une empreinte en prothèse amovible complète, groupe 1 et 2.

La **figure 35** révèle que les praticiens du groupe 1 estiment avoir moins souvent des difficultés à réaliser des empreintes en prothèse implantaire simple que ceux du groupe 2.

Dans le groupe 1, la répartition se fait de la manière suivante : 43% jamais, 46% rarement et 11% occasionnellement.

Pour le groupe 2, les résultats sont : 31% jamais, 36% rarement, 27% occasionnellement, 4% souvent et 2% toujours.

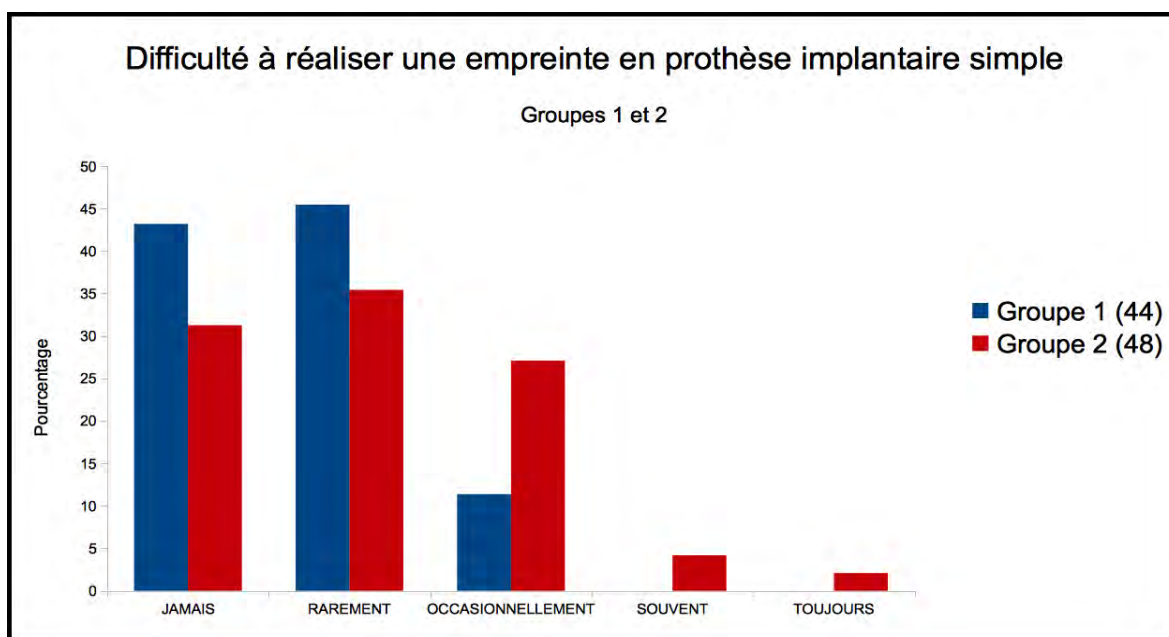


Figure 35 : Difficulté à réaliser une empreinte en prothèse implantaire simple, groupe 1 et 2.

Comme nous pouvons le voir sur la **figure 36**, les praticiens du groupe 1 estiment être moins souvent confrontés à des difficultés lors de la réalisation d'empreintes en prothèse implantaire complexe que les praticiens du groupe 2.

Dans le groupe 1, 18% estiment ne jamais rencontrer de difficultés, 64% rarement, 15% occasionnellement et 3% souvent.

Alors que dans le groupe 2, 14% évaluent ne jamais en rencontrer, 26% rarement, 48% occasionnellement, 7% souvent et 5% toujours.

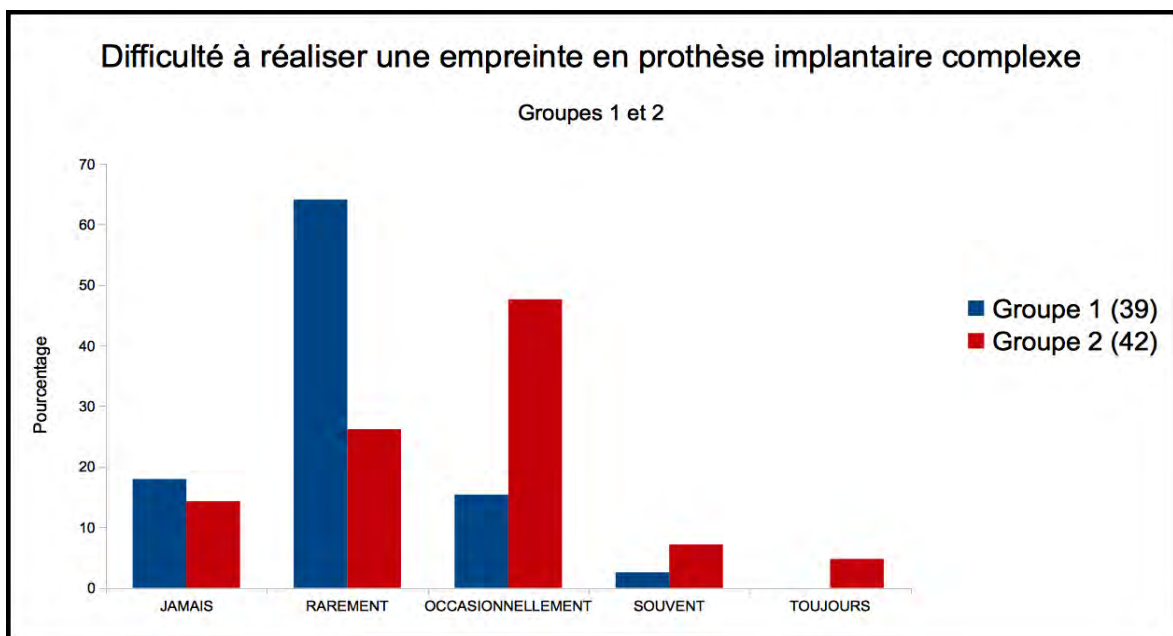


Figure 36 : Difficulté à réaliser une empreinte en prothèse implantaire complexe, groupe 1 et 2.

En ce qui concerne l'enregistrement de rapports inter-arcades, les praticiens du groupe 1 semblent avoir moins de difficultés que ceux du groupe 2, tel que nous en informent les **figures 37 et 38**.

Sur une échelle de 0 à 10, avec 0 = jamais de difficultés et 10 = toujours des difficultés, le groupe 1 a une moyenne de 3,6 (avec un écart type de 2,2) et une médiane de 3. Le groupe 2 a une moyenne de 5,1 (avec un écart type de 2) et une médiane de 5.

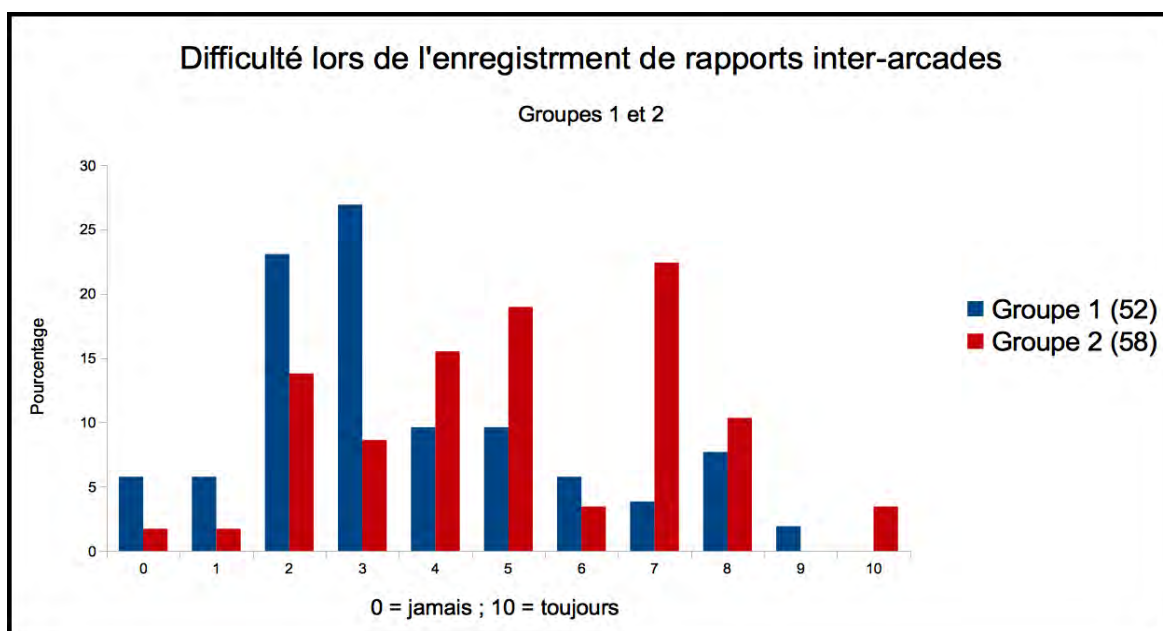


Figure 37 : Difficulté lors de l'enregistrement de rapports inter arcades, groupes 1 et 2 (diagramme en bâton).

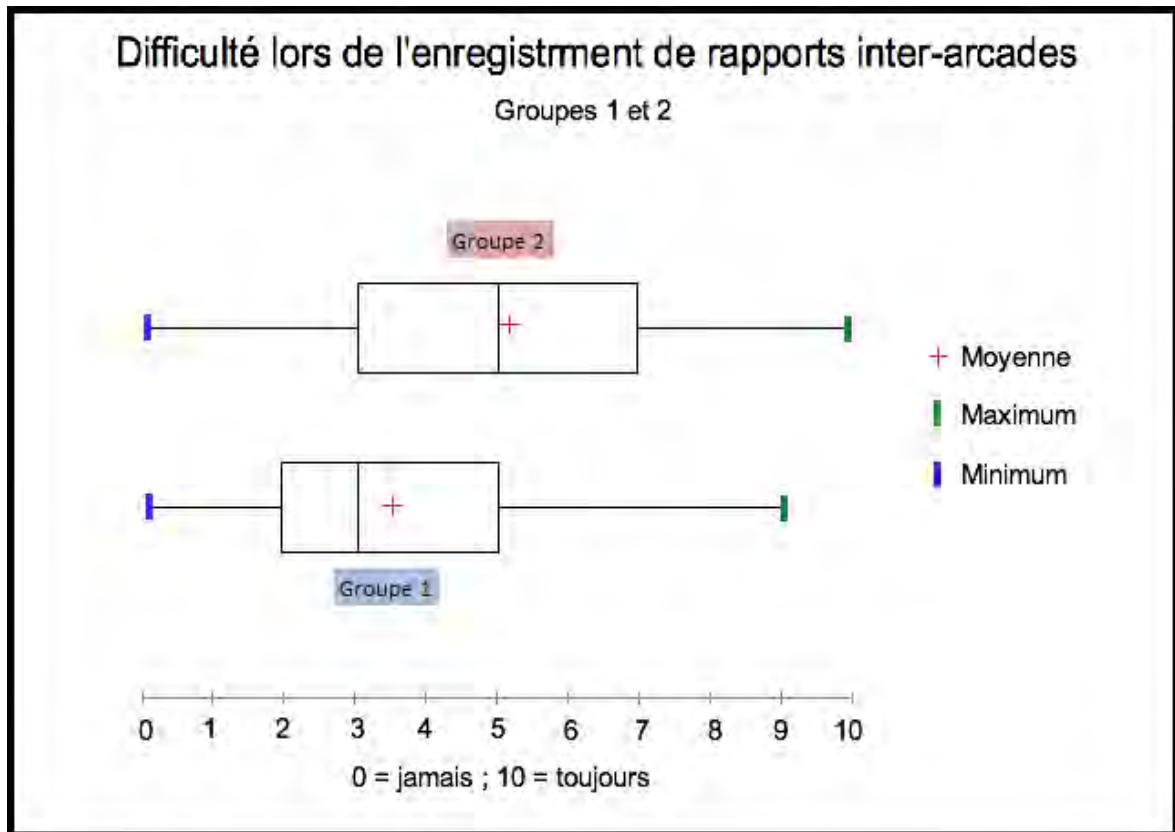


Figure 38 : Difficulté lors de l'enregistrement de rapports inter arcades, groupes 1 et 2 (boîte à moustache).

II.3.2.7. Patients à besoins spécifiques

- Odontologie pédiatrique

La **figure 39** met en évidence les difficultés des praticiens des groupes 1 et 2 lors de la réalisation d'une consultation ou d'un bilan bucco-dentaire en odontologie pédiatrique.

Les résultats des deux groupes sont proches. Pour la majorité des praticiens, cet acte ne semble pas poser de problèmes.

Dans le groupe 1, 21% des praticiens disent n'avoir jamais de difficultés, 66% rarement et 13% occasionnellement.

Dans le groupe 2, la répartition est la suivante : 24% jamais, 60% rarement, 12% occasionnellement et 3% souvent.

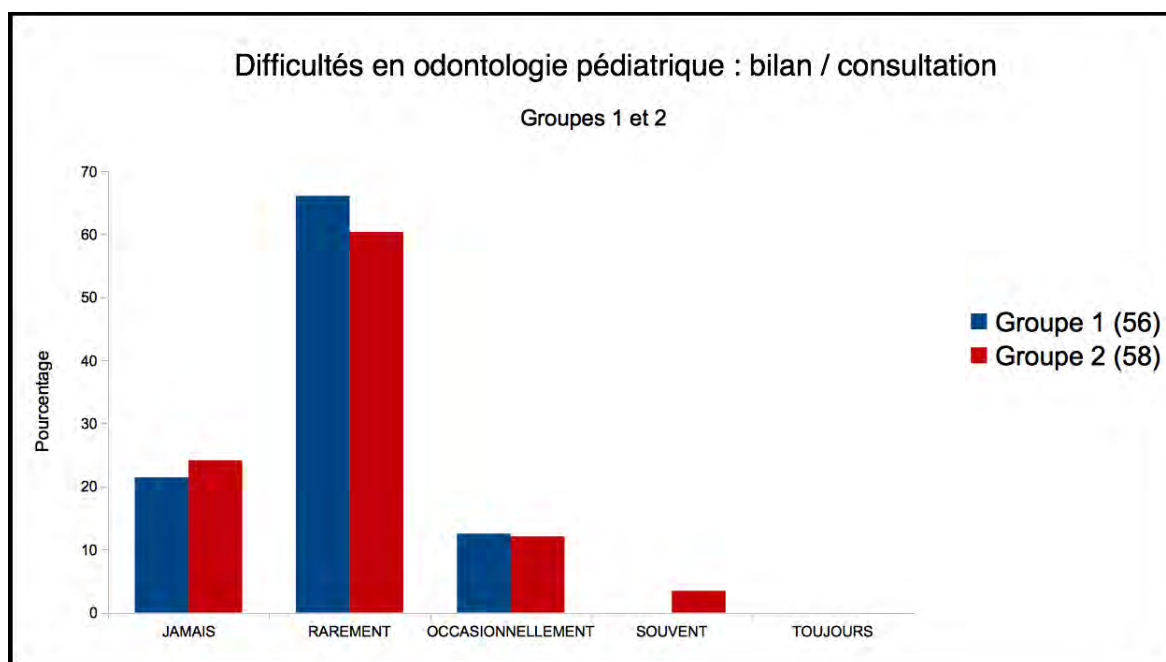


Figure 39 : difficultés rencontrés par les praticiens des groupes 1 et 2 en odontologie pédiatrique pour la réalisation des consultations et bilans.

La **figure 40** représente les difficultés rencontrées par les praticiens des deux groupes lors de la réalisation de soins sans anesthésie sur des enfants.

Contrairement à la consultation ou au bilan bucco-dentaire, on note une différence entre les deux groupes.

Dans le groupe 1, 5% des praticiens estiment n'avoir jamais de difficultés, 65% rarement, 25% occasionnellement et 4 souvent.

Pour le groupe 2, les résultats sont : 5% jamais, 36% rarement, 48% occasionnellement, 9% souvent et 2 toujours.

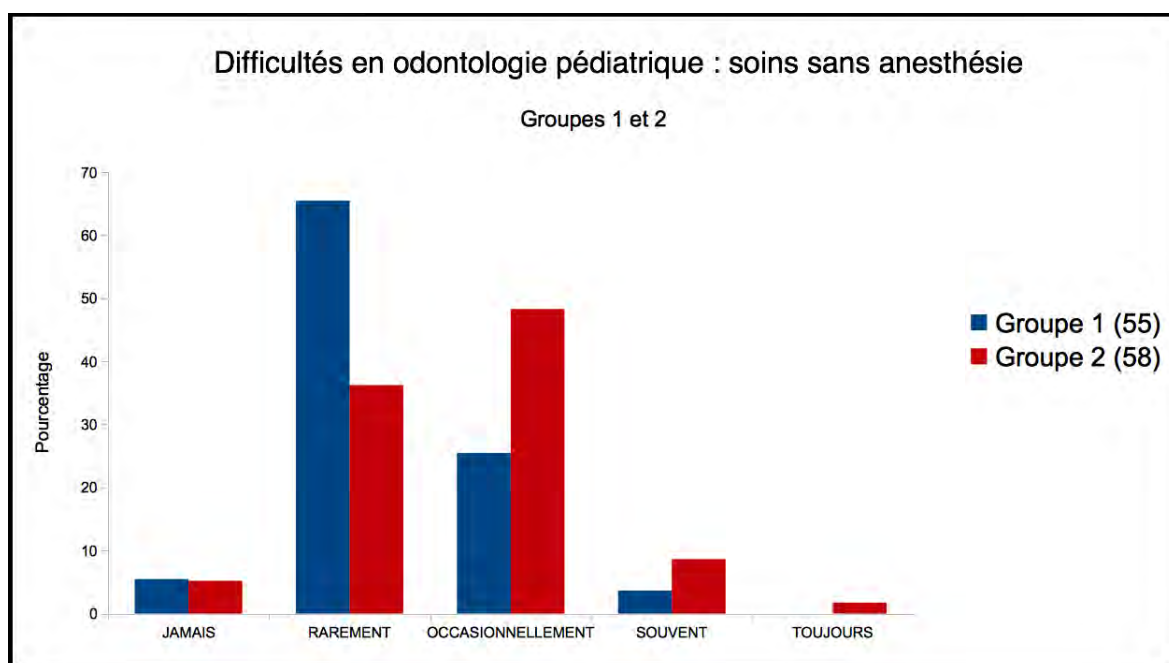


Figure 40 : difficultés rencontrés par les praticiens des groupes 1 et 2 en odontologie pédiatrique pour la réalisation de soins sans anesthésie.

La **figure 41** nous montre les difficultés rencontrées par les deux groupes lors de la réalisation de soins avec anesthésie en odontologie pédiatrique.

Là aussi, il semble que les praticiens du groupe 1 aient moins de difficultés, avec 5% d'entre eux qui disent n'en avoir jamais, 71% rarement, 20% occasionnellement et 4% souvent ; alors que dans le groupe 2, 25% disent en avoir rarement, 49% occasionnellement et 26% souvent.

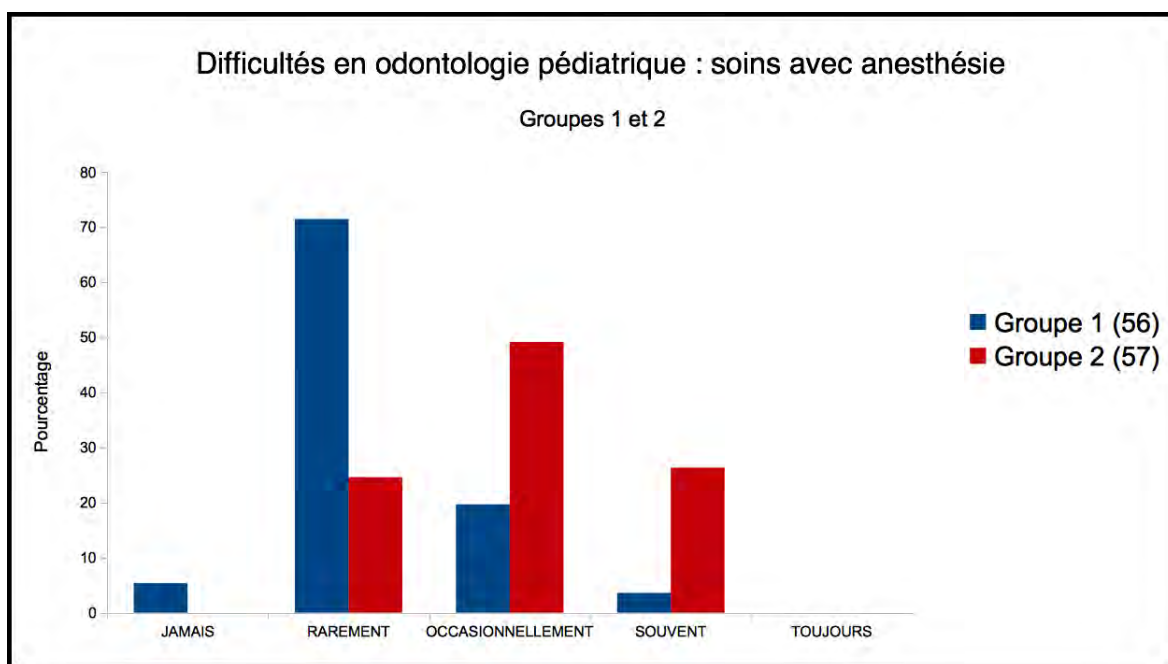


Figure 41 : difficultés rencontrés par les praticiens des groupes 1 et 2 en odontologie pédiatrique pour la réalisation de soins avec anesthésie.

- Patients phobiques

Comme nous pouvons le voir sur les **figures 42 et 43**, les praticiens du groupe 1 semblent rencontrer moins de difficultés que ceux du groupe 2 pour prendre en charge des patients phobiques.

En effet, sur une échelle de 0 à 10 (avec 0 = jamais de difficultés et 10= toujours de difficultés, le groupe 1 a une moyenne de 2,6 (avec un écart type de 1,65) et un médiane de 2. Alors que le groupe 2 a une moyenne de 3,6 (avec un écart type de 2,13) et une médiane de 3.

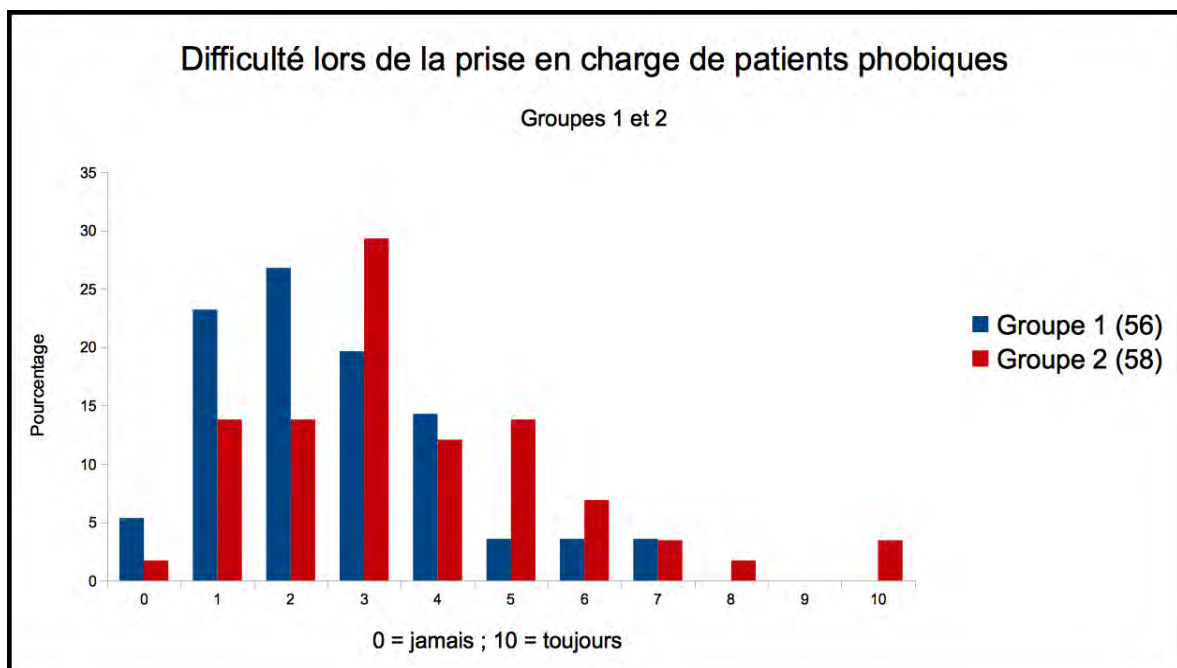


Figure 42 : difficultés rencontrés par les praticiens des groupes 1 et 2 lors de la prise en charge de patients phobiques (diagramme en bâton).

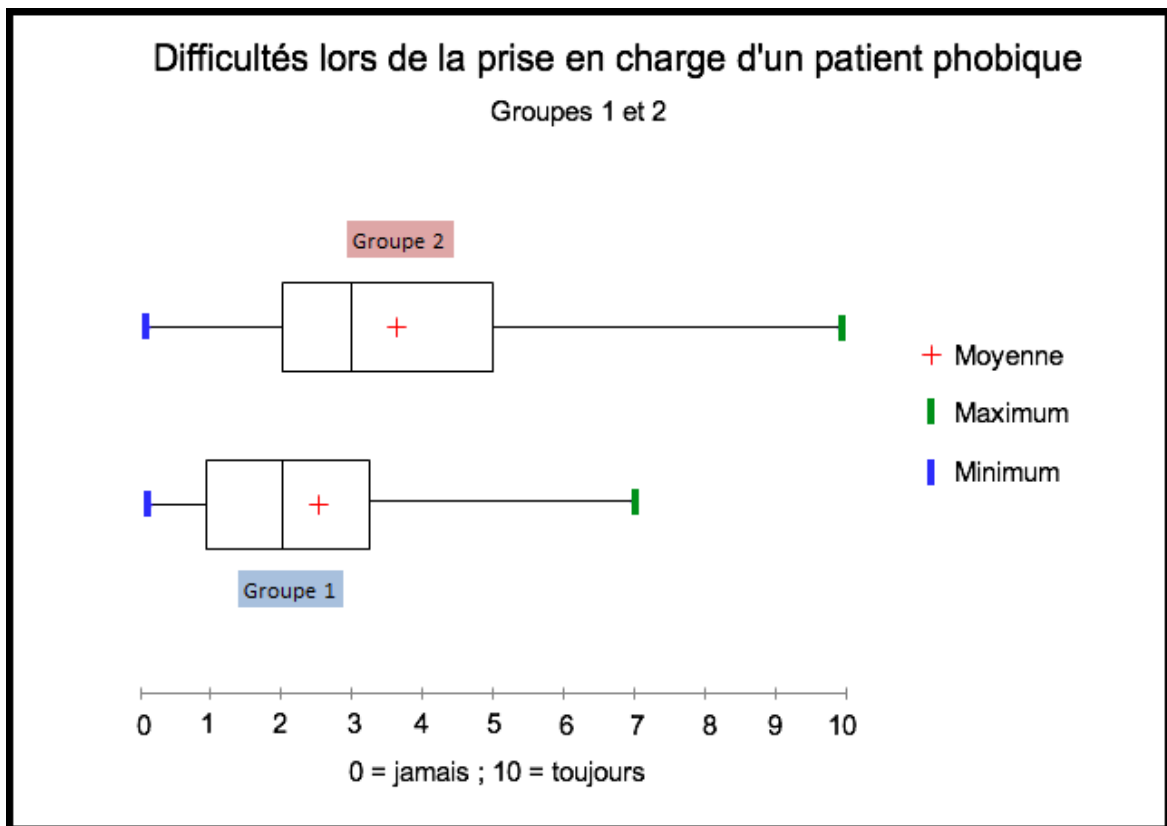


Figure 43 : difficultés rencontrés par les praticiens des groupes 1 et 2 lors de la prise en charge de patients phobiques (boîte à moustache).

- Réflexe nauséeux

Les **figures 44 et 45** nous permettent d'apprécier les difficultés rencontrées par les praticiens des deux groupes lors de la prise en charge de patients ayant un réflexe nauséeux. Il apparaît que les praticiens du groupe 1 évaluent avoir moins de difficultés à prendre en charge ce type de patients.

En effet, sur une échelle de 0 à 10 (0 = jamais de difficultés et 10 = toujours de difficultés), le groupe 1 a une moyenne de 3,1 (avec un écart type de 1, 95) et une médiane de 3. Le groupe 2 a quant à lui une moyenne de 4,6 (avec un écart type de 2, 32) et une médiane de 4.

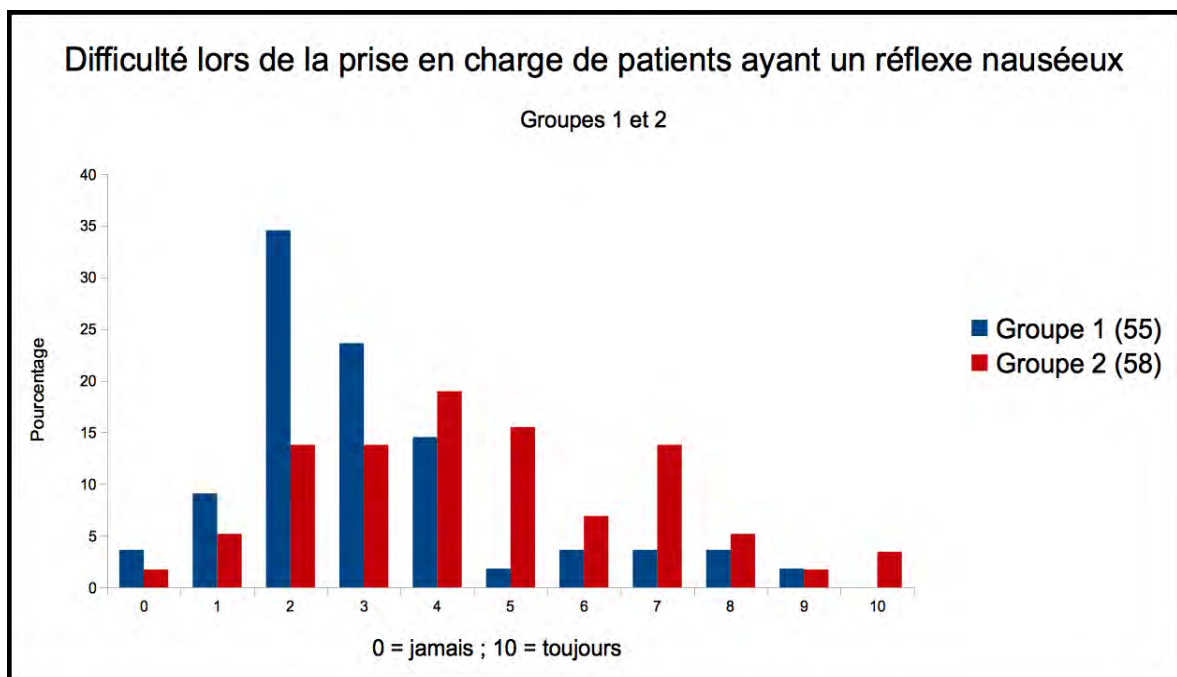


Figure 44 : difficultés rencontrés par les praticiens des groupes 1 et 2 lors de la prise en charge de patients ayant un réflexe nauséeux (diagramme en bâton).

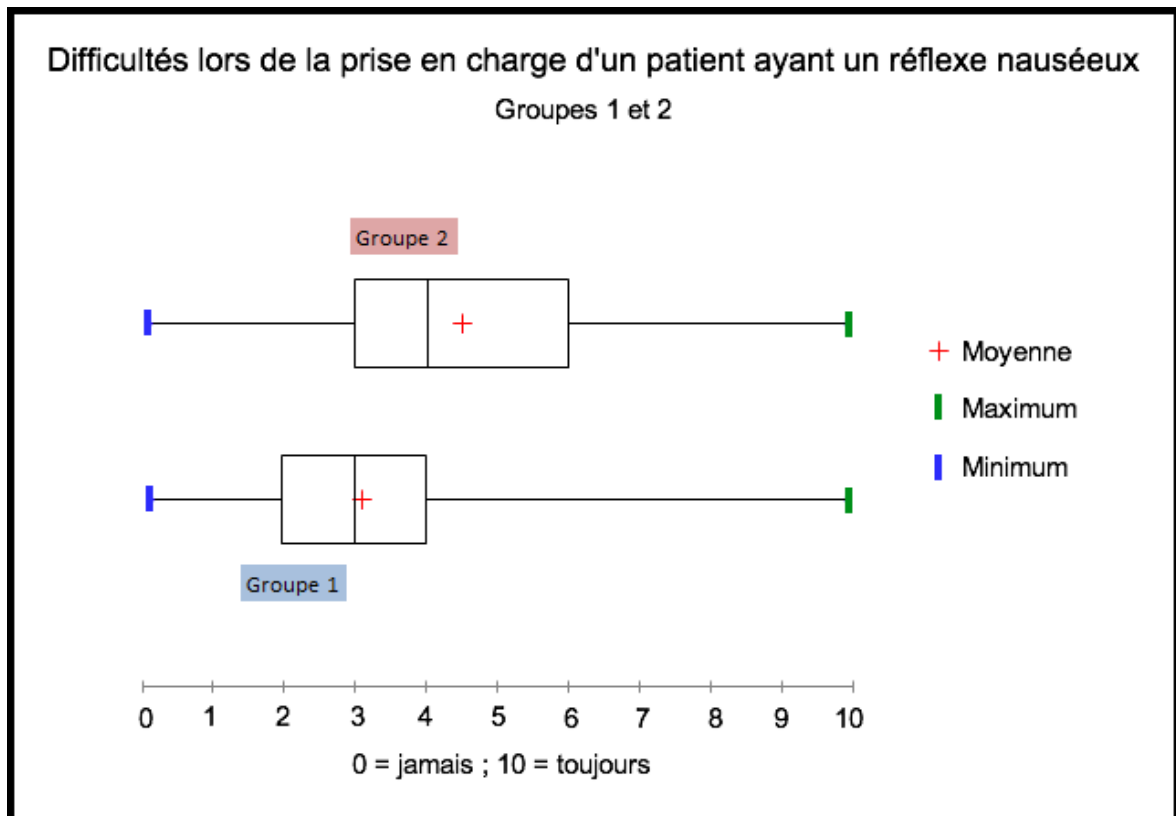


Figure 45 : difficultés rencontrés par les praticiens des groupes 1 et 2 lors de la prise en charge de patients ayant un réflexe nauséeux (boîte à moustache).

- Hypersalivation

Les **figures 46 et 47** mettent en évidence les difficultés rencontrées par les praticiens des deux groupes lors de la réalisation de soins sur des patients ayant une hypersalivation. Les praticiens du groupe 1 semblent rencontrer un peu moins souvent des difficultés face à ce type de patients.

Comme nous pouvons le voir, sur une échelle de 0 à 10 (0 = jamais de difficultés et 10 = toujours des difficultés), le groupe 1 a une moyenne de 3 (avec un écart type de 1,9) et une médiane de 3. Le groupe 2 a quant à lui une moyenne de 3,6 (avec un écart type de 2,4) et une médiane de 3.

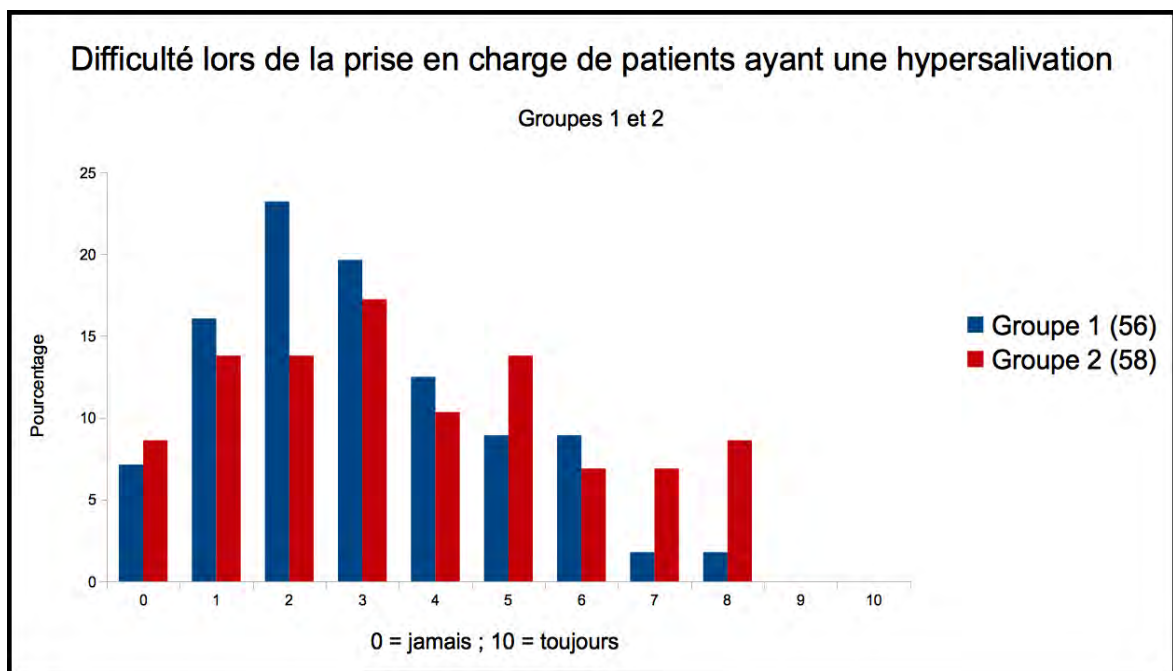


Figure 46 : difficultés rencontrées par les praticiens des groupes 1 et 2 lors de la prise en charge de patients ayant une hypersalivation (diagramme en bâton).

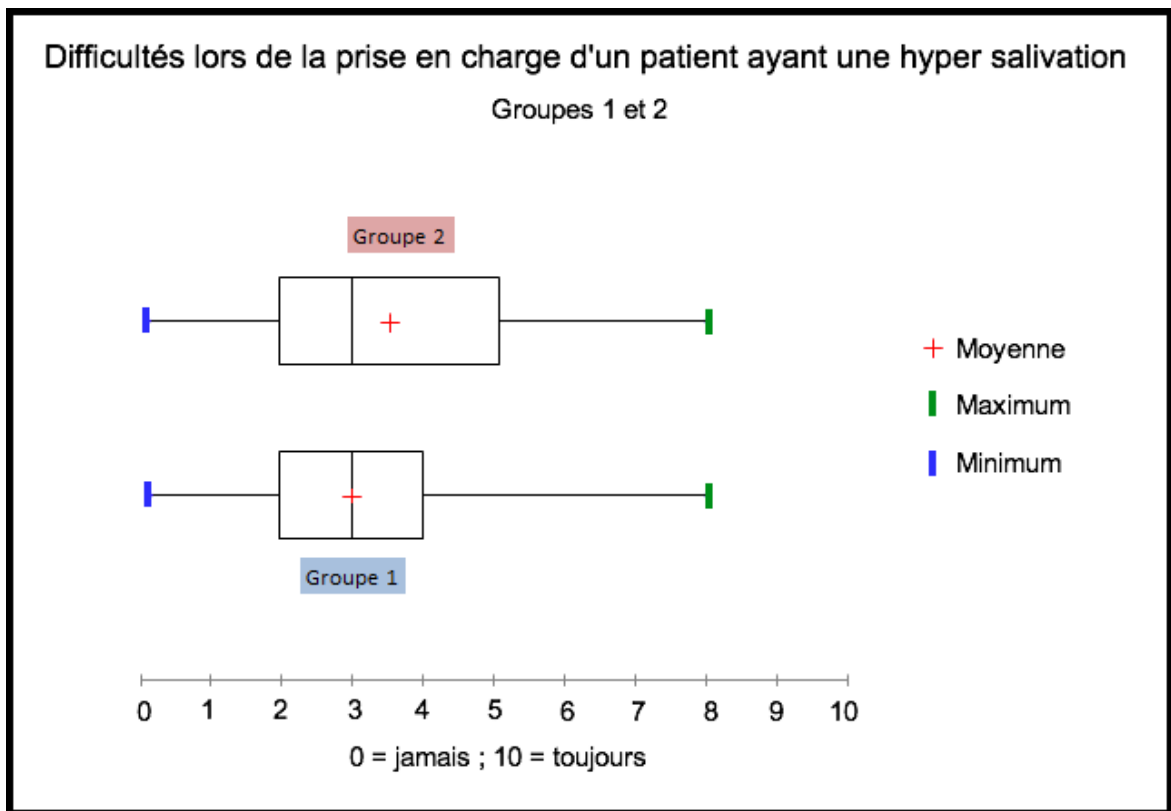


Figure 47 : difficultés rencontrés par les praticiens des groupes 1 et 2 lors de la prise en charge de patients ayant une hypersalivation (boîte à moustache).

II.3.3. Formation à l'hypnose

II.3.3.1. Praticiens formés

La **figure 48** nous permet d'étudier le type de formation ainsi que la durée de formation suivi par les praticiens du groupe 1.

Il apparaît que la majorité des praticiens a eu recours à une formation privée dont la durée est de plus de 10 jours par an.

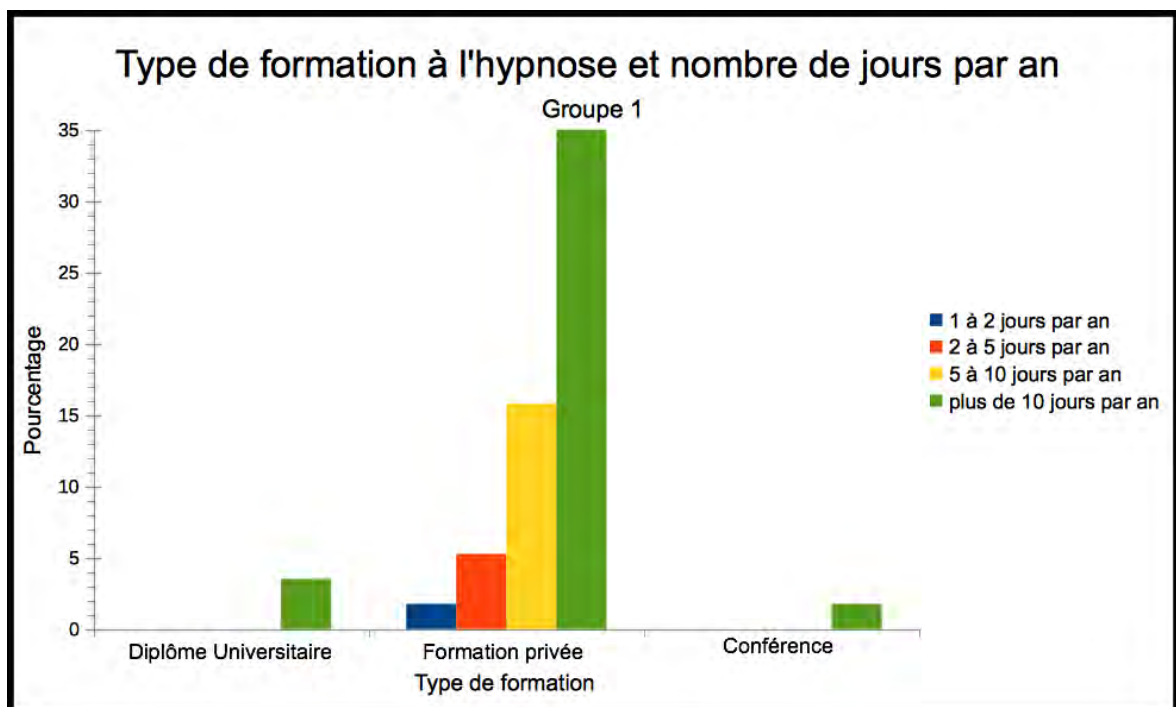


Figure 48 : durée et type de formation à l'hypnose suivie par les praticiens du groupe 1.

La **figure 49** nous montre à quel point les praticiens du groupe 1 mettent en pratique les enseignements reçus au cours de leur formation à l'hypnose. Il semble qu'une grande partie des praticiens mettent souvent en pratique ces enseignements.

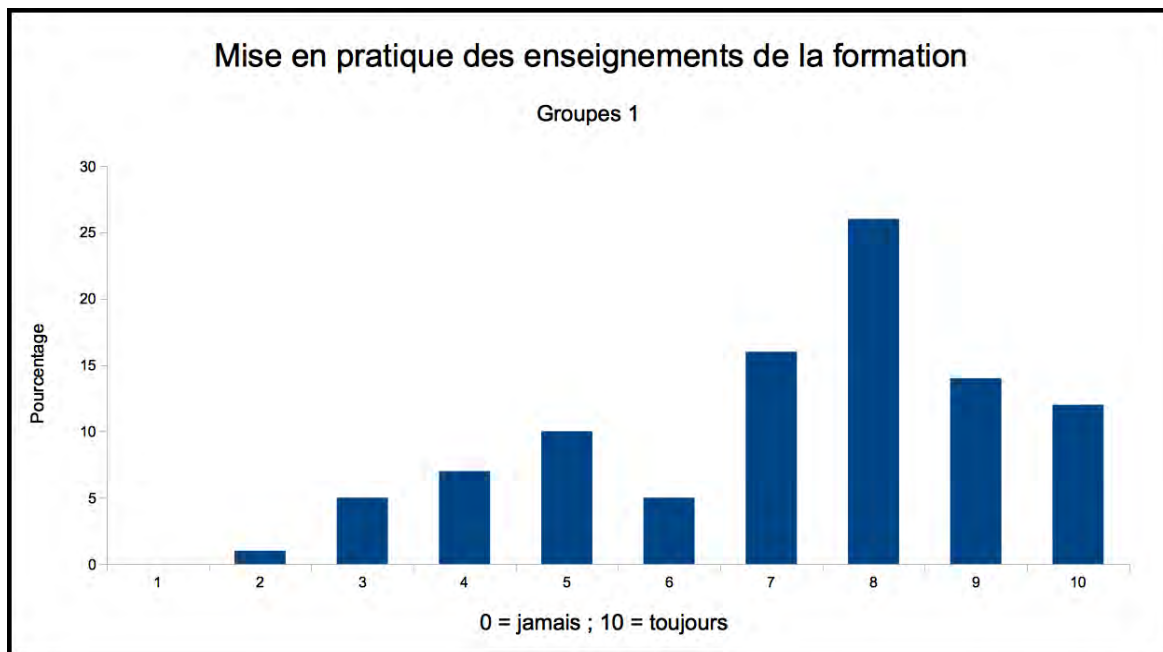


Figure 49 : mise en pratique des enseignements de la formation à l'hypnose par les praticiens du groupe 1.

La **figure 50** montre quant à elle que l'ensemble des praticiens du groupe 1 conseilleraient à leurs confrères de se former à l'hypnose.

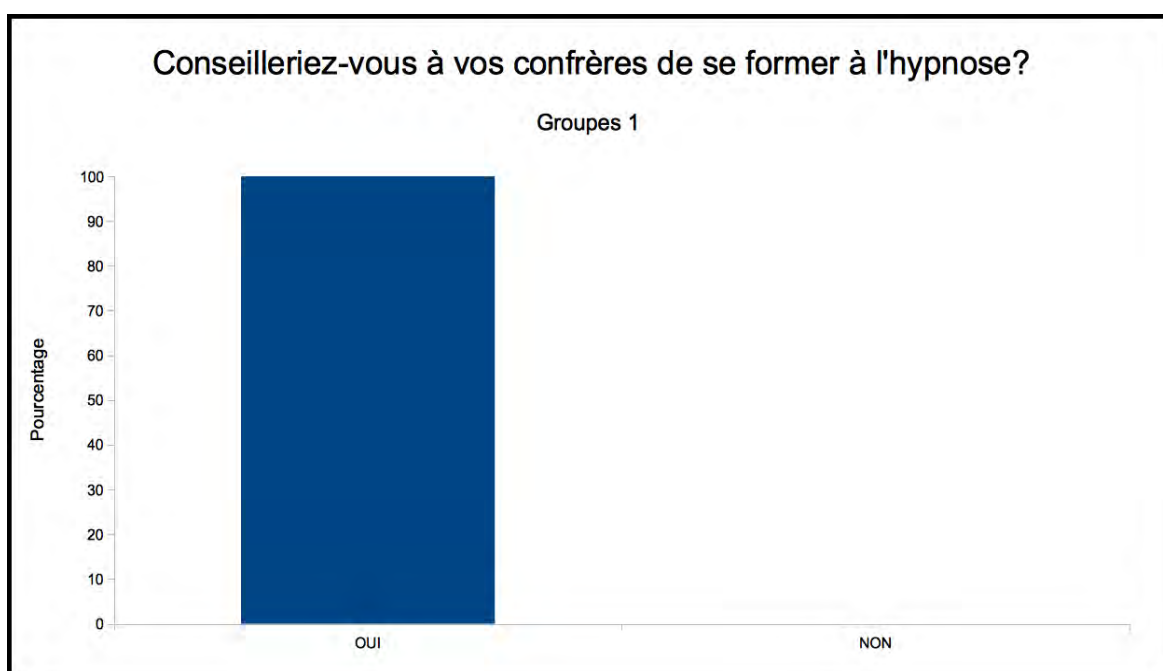


Figure 50 : conseil aux autres praticiens sur l'utilité d'une formation à l'hypnose.

La **figure 51** met en évidence les domaines dans lesquels les praticiens du groupe 1 considèrent que leur formation à l'hypnose leur a permis d'améliorer leur pratique quotidienne. Nous pouvons voir que de nombreux domaines sont concernés, notamment le stress du praticien, le stress du patient, la relation avec les patients, l'odontologie pédiatrique, les urgences ou encore la chirurgie pour ne citer que les plus fréquemment désignés par les praticiens.

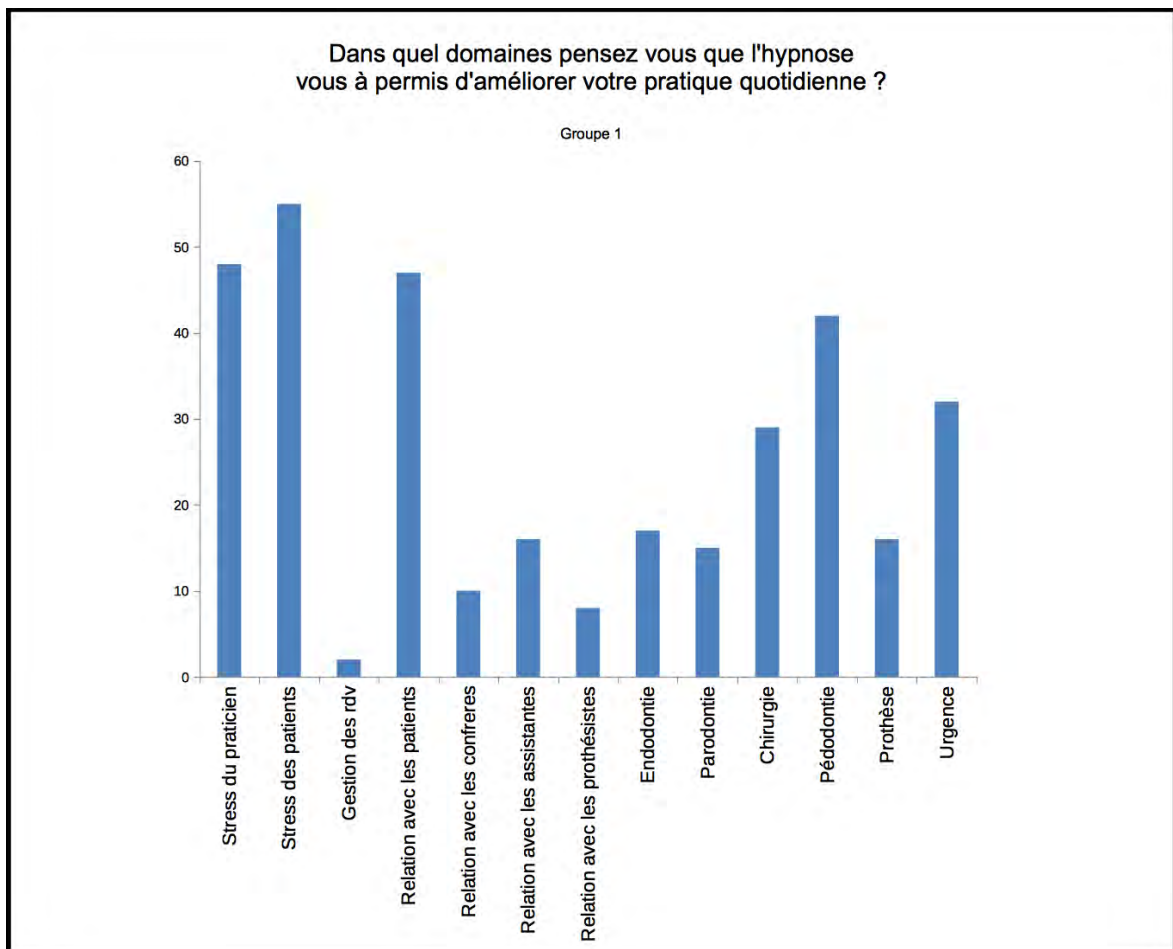


Figure 51 : domaines améliorés par la formation à l'hypnose selon les praticiens du groupe 1

De plus, nous avons permis aux praticiens de citer d'autres domaines pour lesquels ils pensent que l'hypnose leur a permis d'améliorer leur pratique quotidienne. Les résultats sont les suivants : anesthésie, réflexe nauséeux, occlusodontie, gériatrie, vie privée, vie quotidienne, vie de famille.

II.3.3.2. Praticiens non formés

La **figure 52** nous indique le pourcentage de praticiens du groupe 2 ayant déjà entendu parler de l'hypnose appliquée à l'odontologie. Comme nous pouvons le voir, 98% des praticiens du groupe 2 en ont déjà entendu parler.

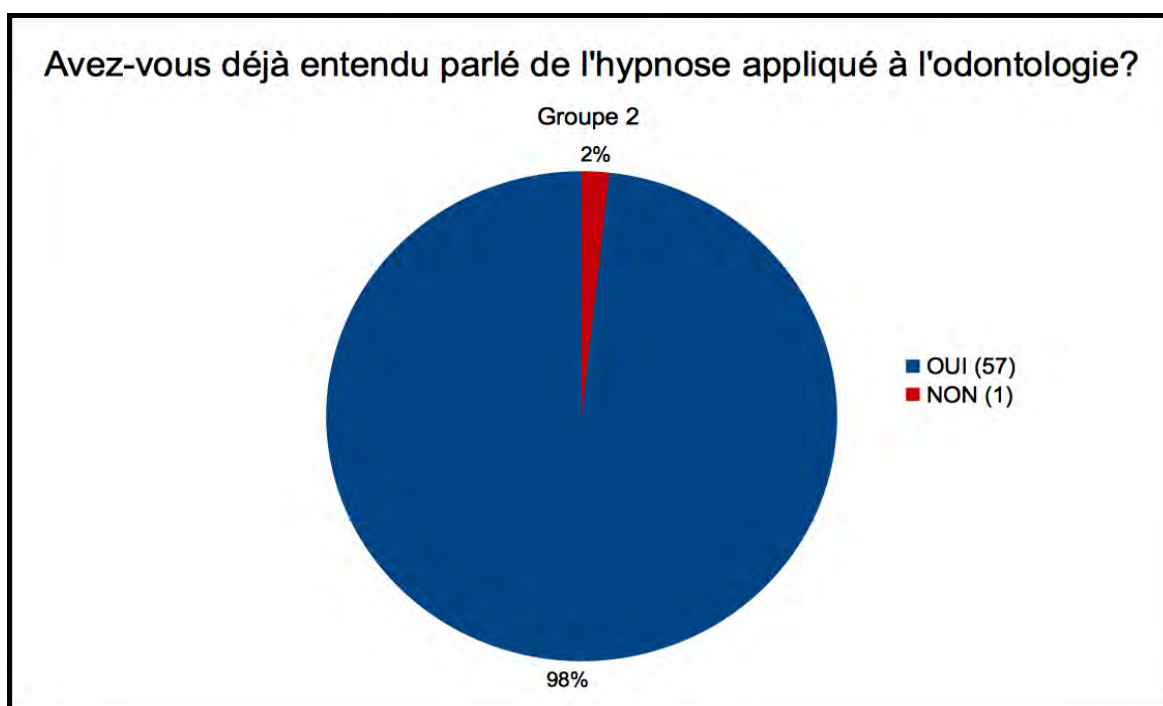


Figure 52 : connaissance de l'hypnose appliquée à l'odontologie par les praticiens du groupe 2.

La **figure 53** nous indique quant à elle que 60% des praticiens du groupe 2 pensent qu'une formation à l'hypnose pourrait s'avérer utile pour leur exercice quotidien.

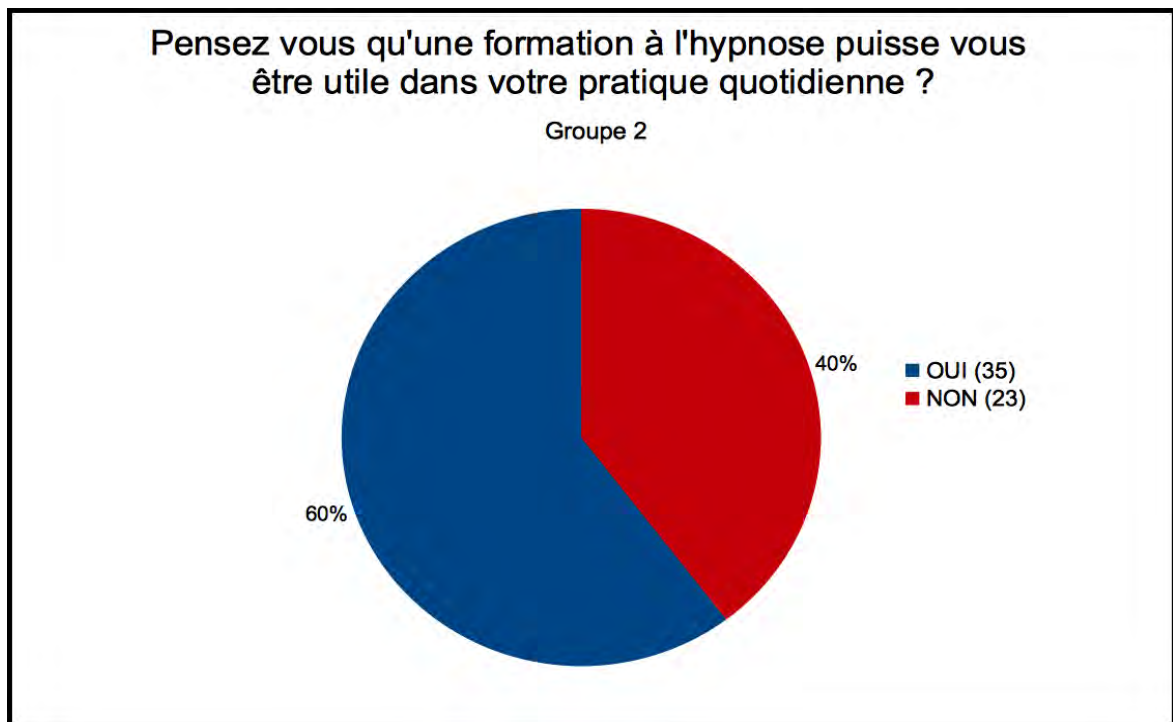


Figure 53 : utilité d'une formation à l'hypnose pour les praticiens du groupe 2.

La **figure 54** représente les domaines dans lesquels les praticiens du groupe 2 considèrent qu'une formation à l'hypnose pourrait leur permettre d'améliorer leur pratique quotidienne. Les praticiens ont majoritairement cité la gestion du stress, la pédodontie, la chirurgie, la relation avec les patients, les urgences ou encore l'endodontie. Néanmoins, nous pouvons voir que l'ensemble des domaines proposés ont été cité au moins une fois.

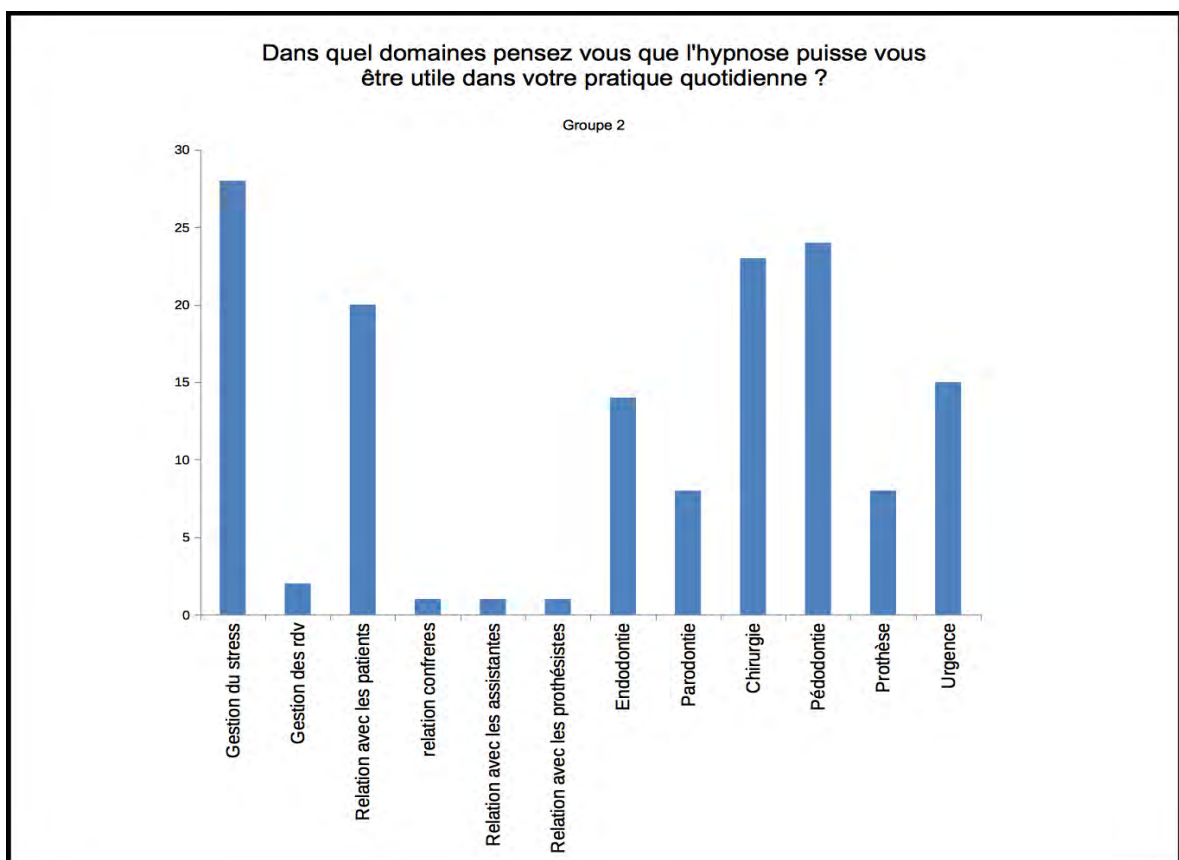


Figure 54 : domaines susceptibles d'être améliorés par une formation à l'hypnose selon les praticiens du groupe 2.

III. Discussion

III.1. Analyse des biais.

Tout d'abord, nous avons constaté des biais de sélection. En effet, les praticiens du groupe 2 (non formés à l'hypnose) ont tous été sélectionnés parmi les sujets ayant été sollicités via le réseau social facebook. Or, selon un article (2) publié sur le site internet lesmarketeurs.fr, plus de la moitié des utilisateurs français de facebook ont entre 18 et 34 ans. Nous devons donc nous attendre à ce que le groupe 2 soit majoritairement composé de jeunes praticiens. C'est effectivement ce que nous pouvons remarquer, avec une moyenne d'âge de 30 ans pour le groupe 2, alors qu'en France, selon une étude (19) réalisée par l'ONDPS (Observatoire National de la Démographie de Professions de Santé) en décembre 2013, l'âge moyen des chirurgiens dentistes est de 48,4 ans.

De plus, les praticiens du groupe 1 (formés à l'hypnose) ont, pour la majorité, été sélectionnés parmi les sujets ayant suivi la même formation à l'hypnose. Or, en France, il existe de nombreuses formations accessibles aux chirurgiens dentistes. Les praticiens du groupe 1 ne sont donc pas représentatifs de l'ensemble des praticiens français ayant suivi une formation à l'hypnose. Néanmoins, plus de huit-cent chirurgiens-dentistes sont initiés à l'hypnose par l'Association Francophone d'Hypnose Dentaire (Hypnoteeth), ce qui représente une part importante des praticiens formés. En ce qui concerne la moyenne d'âge du groupe 1 (44ans), elle est proche de la moyenne d'âge nationale des chirurgiens-dentistes (48,4 ans).

Nous remarquons également, et cela est assez inévitable, des biais de formulation des questions. Premièrement, nous avons omis de préciser qu'il n'était pas indispensable de répondre à toutes les questions. De ce fait, certaines personnes ont peut-être répondu à des questions qui ne les concernaient pas. Deuxièmement, des questions ont pu être mal comprises. Toutefois, ce type de biais est inhérent aux études par questionnaire. Il est nécessaire de formuler les questions de la façon la plus claire et compréhensible possible, mais nous ne pouvons pas être certains que tous les participants à l'étude interpréteront bien l'ensemble des questions.

III.2. Proportion homme / femme

Selon les résultats de notre étude, 52% des praticiens n'ayant pas suivi de formation à l'hypnose (groupe 2) sont des femmes. Or, selon l'étude (19) réalisée par l'ONDPS, en France, 40,3% des chirurgiens dentistes sont des femmes. Néanmoins, la profession a tendance à se féminiser. En effet, selon cette même étude, les femmes représentent 60% des praticiens de moins de 30 ans, et 56% des praticiens de 30 à 34 ans. La moyenne d'âge du groupe 2 étant de 30 ans, ce résultat semble cohérent.

Toujours selon les résultats de notre étude, 59% des praticiens ayant suivi une formation à l'hypnose sont des femmes. Il semble donc que les formations à l'hypnose médicale attirent plus les praticiennes que leurs confrères.

III.3. Pratique quotidienne.

D'après notre étude, que l'on soit formé ou non à l'hypnose, les « journées-types » se déroulent de la même façon et à peu près avec les mêmes « écueils » (retard, consultations, relationnel avec les patients etc.). Les chirurgiens dentistes sont confrontés à la peur, à l'anxiété, voire aux phobies de leurs patients. La peur de la douleur, de l'étouffement, des vomissements, les désagréments liés aux odeurs des produits, ou encore la sensation d'anesthésie sont autant de paramètres qui peuvent déclencher la cascade d'émotion ouvrant le passage de la peur à la phobie.

L'OMS définit l'anxiété comme un sentiment de danger imminent et indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi et d'anéantissement. La phobie est quant à elle définie comme une crainte angoissante déclenchée par un objet ou une situation n'ayant pas en eux-mêmes un caractère objectivement dangereux, l'angoisse disparaissant en l'absence de l'objet ou de la situation. Notre résultat vient confirmer celui d'une revue systématique de la littérature (12) publiée en 2013 qui a mis en évidence des effets positifs significatifs de l'hypnose sur l'anxiété lors de soins dentaires.

Le réflexe nauséeux est un réflexe inné, en relation avec le nerf vague, qui permet de maintenir les voies aériennes et digestives supérieures libres (6). En chirurgie dentaire, la stimulation de certaines zones oro-pharyngées lors de la réalisation des soins (notamment la réalisation d'empreintes) peut, chez certains patients, déclencher ce réflexe. Il est important de noter que malgré son caractère inné, le réflexe nauséeux peut être potentialisé par des facteurs psychologiques tels que la peur ou l'anxiété. L'hypnose va donc permettre de diminuer le réflexe de façon indirecte en agissant sur l'anxiété. De plus, d'après le Dr Claude Bernat (3), le praticien formé à l'hypnose peut entraîner une diminution du réflexe nauséeux en utilisant des suggestions décrivant un état de bien être, et de la même manière, une diminution de la sécrétion salivaire en suggérant un état de bouche sèche. L'utilisation de l'hypnose est un bon moyen de réduire les réflexes nauséeux qui peuvent être à l'origine de difficultés pour la réalisation d'empreintes. De plus, toujours selon le Dr Claude Bernat (3), l'hypnose permet un d'obtenir une relaxation musculaire, facilitant ainsi l'insertion du porte-empreinte dans la cavité buccale.

Autre élément capital dans la réalisation de prothèse : l'enregistrement des rapports inter-arcades. Là aussi, l'obtention d'une décontraction musculaire simplifiera l'enregistrement du rapport inter arcade.

La prise en charge des enfants au cabinet dentaire fait partie des situations qui mettent généralement en difficulté la plupart des praticiens.

Les praticiens de notre étude montrent un réel bénéfice de l'hypnose pour la prise en charge des petits patients, ce qui est en accord avec plusieurs publications, notamment pour ce qui est de la prise en charge des enfants avec réalisation d'une anesthésie, une étude (10) publiée en 2011 dans International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis avait mis en évidence que l'hypnose pourrait réduire l'anxiété et la douleur des enfants nécessitant une anesthésie dentaire. De plus, une revue de la littérature (22), réalisée en 2013, conclue que les avantages de l'utilisation de l'hypnose en pédodontie sont évidents.

Les chirurgiens-dentistes peuvent également être confrontés aux échecs d'anesthésie dans leur exercice quotidien.

Il existe de nombreuses causes d'échec d'anesthésie (24) comme les variations anatomiques (squelettiques ou nerveuses), la vascularisation de la zone d'injection, le choix du matériel et de la technique, le pH du milieu, l'état pulpaire (notamment en cas de pulpite) ou encore l'état psychique du patient. Or, comme nous l'avons vu précédemment, l'hypnose va permettre d'agir sur l'état psychique du patient en diminuant son anxiété, améliorant ainsi l'efficacité de l'anesthésie. De plus, selon une étude (17) réalisée par le Dr MORSE, l'utilisation de l'hypnoanalgésie / hypnosédation permet de diminuer voire de supprimer dans certains cas l'utilisation d'anesthésiants, évitant ainsi le stress et la douleur liés à l'injection, et permettant d'être plus efficace en cas d'inflammation tissulaire.

Concernant la gestion de la douleur, nous nous sommes intéressés aux différents types de douleurs post-opératoires que ce soit après un soin d'urgence, un soin conservateur, ou d'endodontie, une préparation sur dent vivante, une chirurgie simple ou une chirurgie complexe. La douleur est définie par l'OMS comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite en terme d'une telle lésion. Il est important de noter que la douleur comporte une composante psychologique (5) sur laquelle pourra agir l'hypnose, comme l'ont montré Price et Barber (23). Selon la revue de la littérature publiée en 2013 (12), l'utilisation de l'hypnose en odontologie est un moyen efficace de lutter contre la douleur. De plus, une étude (8) réalisée en Suède a montré que l'utilisation pré opératoire de l'hypnose permet de diminuer la consommation d'analgésiques après l'avulsion de troisièmes molaires mandibulaires.

Le métier de chirurgien dentiste comporte des aspects « techniques », mais aussi une part importante de relationnel avec les patients, les confrères, les assistantes et les prothésistes.

En février 2014, les Docteurs Claude PARODI et Kenton KAISER ont publié un article (21) dans lequel ils indiquent que la communication de type "hypnotique" renforce la relation de confiance entre le praticien et le patient. C'est également ce qu'indique l'Institut Français d'Hypnose sur son site internet (11), à la rubrique "Utilisation de l'hypnose dans le cabinet dentaire". Il est donc légitime de penser que si l'hypnose permet d'améliorer la relation avec le patient grâce aux

techniques de communication, elle peut aussi améliorer la relation avec les confrères, les assistantes ou encore les prothésistes.

Comme l'indique l'ordre national des chirurgiens-dentistes (20), les pathologies d'ordres psychiatriques (notamment les dépressions) représentaient en 2009, selon les statistiques de la Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens Dentistes et des Sages Femmes, la deuxième cause des dossiers d'invalidité ou d'inaptitude (17,4%), au même niveau que les cancers (17,4% également), la première cause étant les affections rhumatologiques (28%). Face à cette évidence, quelles sont les solutions qui s'offrent aux praticiens que nous sommes pour prévenir efficacement le risque de burnout?

L'hypnose semble avoir un effet positif sur de nombreux aspects de la pratique quotidienne du chirurgien dentiste. Concernant le stress du praticien notamment, notre résultat est en accord avec les travaux du (18) Professeur Anne-Sophie Nyssen, présentés lors du vingtième congrès mondial d'hypnose (Paris 2015). Elle a mis en avant le fait que " l'hypnose constitue un outil puissant permettant d'améliorer à la fois la qualité des soins et le bien-être au travail ".

III.4 Formation à l'hypnose.

Tout d'abord, concernant le type de formation suivi par les praticiens formés à l'hypnose, une grande partie du groupe 1 indique avoir suivi une formation privée, et seulement quelques praticiens disent avoir fait un diplôme universitaire ou avoir suivi une conférence. Nous avons aussi remarqué que quel que soit le type de formation, leur durée est généralement supérieure à 10 jours par an.

Il apparaît également que les praticiens formés à l'hypnose mettent régulièrement en application les enseignements reçus au cours de leur formation, et ceci dans de nombreux domaines de leur pratique quotidienne. Les domaines les plus concernés sont la gestion du stress du patient et du praticien, la relation avec les patients, l'odontologie pédiatrique, les urgences et la chirurgie. Dans une moindre mesure, l'hypnose semble aussi être utile en prothèse, en parodontie, en endodontie, en anesthésie, pour la gestion des réflexes nauséeux, en occlusion, en gériatrie et pourrait aussi permettre d'améliorer la relationnel avec les confrères, les assistantes et les prothésistes, ainsi que la vie privée et familiale.

Enfin, les praticiens du groupe 1 ont tous répondu "oui" à la question "recommanderiez-vous à vos confrères de se former à l'hypnose".

Il semble qu'actuellement, l'hypnose médicale intéresse de plus en plus les chirurgiens dentistes. Encore peu connue il y a quelques années, sa notoriété ne cesse de grandir. En effet, selon notre étude, 98% des praticiens n'ayant pas suivi de formation à l'hypnose en ont déjà entendu parler. De plus, 60% d'entre eux pensent qu'une formation à cette discipline pourrait leur être utile au quotidien, notamment pour la gestion du stress, la pédodontie, la chirurgie, la relation avec les patients, la prise en charge des urgences ou encore l'endodontie. Il est intéressant de noter que ces domaines de notre activité font partie de ceux que les praticiens formés à l'hypnose évaluent comme ayant été améliorés par leur formation.

III.5. Comment poursuivre notre étude

Afin de confirmer les résultats obtenus, il pourrait être intéressant de transmettre le questionnaire à un plus grand nombre de praticiens, afin d'obtenir d'avantage de réponses. Dans le but d'avoir des groupes qui soient plus représentatifs des populations cibles, il nous semble nécessaire de modifier le mode de sollicitation des praticiens. Il serait par exemple envisageable de contacter le conseil de l'ordre afin d'obtenir une liste des coordonnées de l'ensemble des praticiens français. Ceci permettrait probablement d'avoir un groupe 1 composé de praticiens ayant suivi différentes formation à l'hypnose, contrairement à notre étude où la plupart des praticiens étaient issus de la même formation; et un groupe 2 composé de praticiens ayant un nombre d'année d'expérience plus ou moins grand, alors que dans notre étude, il était majoritairement composé de jeunes praticiens.

De plus, nous pensons que certaines questions devraient être reformulées afin d'éviter des erreurs de compréhension.

Enfin, il serait préférable de préciser aux praticiens de répondre uniquement aux questions qui les concernent.

Conclusion

Utilisée comme outil thérapeutique depuis l'antiquité, l'hypnose médicale a pendant longtemps été reléguée au rang de médecine alternative, non conventionnelle, voire de sorcellerie. Son utilisation médicale a notamment été délaissée au XIXème siècle, avec le développement de la chimie et de la physiologie, permettant la synthèse des premiers antalgiques et anesthésiques. De plus, il a fallu attendre la deuxième moitié du XXème siècle et l'imagerie médicale pour commencer à pouvoir objectiver l'état d'hypnose et à connaître sa neurophysiologie.

Si aujourd'hui son utilité médicale concernant le traitement de la douleur et de l'anxiété est communément admise, il semble que son champ d'application au sein des cabinets de chirurgie dentaire soit beaucoup plus large.

Bien que notre étude comporte différents biais limitant l'extrapolation de nos résultats, elle nous a permis de mettre en évidence de nombreux domaines de notre activité pour lesquels l'hypnose pourrait s'avérer utile, comme la gestion du stress (autant celui des patients que de l'équipe soignante), la prise en charge de patients à besoins spécifiques (enfants, patients phobiques, hypersalivation, réflexes nauséeux), la gestion des urgences, la chirurgie ou encore la relation du praticien avec les personnes qui l'entourent (patients, confrères, assistantes, prothésistes). De plus, il semble que l'hypnose permette aussi d'améliorer la vie privée des praticiens, pouvant ainsi avoir un impact positif indirect sur leur exercice.

Enfin, ce travail nous a permis de mettre en évidence les améliorations qu'il serait possible d'apporter à notre étude, afin d'obtenir des résultats représentatifs de l'ensemble des chirurgiens dentistes français, notamment modifier le mode de recrutement afin d'éviter des biais de sélection.

Vu le directeur de Thèse, <i>Vu la directrice de thèse</i> <i>Le 31 Mars 2016</i> <i>Arbuthnott Jach</i>	Vu le président du Jury, <i>Le 2 avril 2016,</i> <i>Pr F. Diemer</i>
---	---

Bibliographie

- (1) Bandler R, Grinder J.
Transe-formations : Programmation neuro-linguistique et techniques d'hypnose éricksonienne.
Edition InterEditions, 1998
- (2) Beck J, Pouy G.
L'âge moyen sur facebook est de 41 ans.
<http://www.lesmarketeurs.fr/le-blog/actualite/l-age-moyen-sur-facebook-est-de-41-ans.html>
- (3) Bernat C.
Hypnose et santé.
Editions Vivez Soleil, 1995
- (4) Bioy A et Keller PH.
Hypnose clinique et principe d'analogie.
Edition De Boeck Université, 2009
- (5) Boureau F, Doubrère JF.
Le concept de douleur. Du symptôme au syndrome.
Douleur et analogie, 1,11-17, 1988
- (6) Cotte-Le Bastard V.
Le réflexe nauséeux : physiologie et prévention en odontologie.
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, université de Nantes, 2006
- (7) Deeley Q et al.
Modulating the default mode network using hypnosis.
Internationnal journal of clinical and experimental hypnosis, 60 (2) (2012), pp. 206–228
- (8) Enqvist B, Fischer K.
Preoperative hypnotic techniques reduce consumption of analgesics after surgical removal of third mandibular molars : a brief communication.
Internationnal journal of clinical and experimental hypnosis, 1997, 45(2)102-8
- (9) Ettzevoglov G.
De l'induction hypnotique (hypnose progressive, rapide et instantanée).
Edition SATAS, 2012
- (10) Huet A, Lucas-Polomeni MM, Robert JC, Sixou JL, Wodey E.
Hypnosis and dental anesthesia in children: a prospective controlled study.
Int J Clin Exp Hypn 2011 Oct-Dec;59(4):424-40
- (11) Institut Francais d'hypnose
<http://www.hypnose.fr/nos-formations/formation-hypnose-dentiste/>

- (12) Jugé C, Tubert-Jeannin S.
Effet de l'hypnose lors des soins dentaires.
Presse Med, 2013, 42: e114–e124
- (13) Locker D, Shapiro D, Liddella A.
Negative dental experiences and their relationship to dental anxiety.
Community dental health, 1996, **13**:86-92
- (14) Lockert O.
Hypnose : évolution humaine, qualité de vie, santé.
Edition IFHE, 2010
- (15) Maquet P, Faymonville ME, Degueldre C et al.
Functional neuroanatomy of hypnotic state.
Biological Psychiatry, 1999, **45**:327-333
- (16) Michaux D, Halfon Y, Wood C.
Manuel d'hypnose pour les professionnels de santé.
Edition Maloine, 2011
- (17) Morse DR.
Use of meditative state for hypnotic induction in the practice of endodontics.
Oral surgery, oral medicine, oral pathology, 1976, 41 : 664-672
- (18) Nyssen AS.
Hypnose et Stress : "La communication hypnotique comme outil
d'amélioration de la qualité des soins et du bien être au travail ?"
20me congrès mondial d'hypnose, Paris2015,
<http://hdl.handle.net/2268/189241>
- (19) Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes.
Décembre 2013
- (20) Ordre National des Chirurgiens-Dentistes
[http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews[tt_news]=229&cHash=39a0654708e4b76c7b89c2efa9cfed0a)
[tx_ttnews\[tt_news\]=229&cHash=39a0654708e4b76c7b89c2efa9cfed0a](http://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/actualites/annee-en-cours/actualites.html?tx_ttnews[tt_news]=229&cHash=39a0654708e4b76c7b89c2efa9cfed0a)
- (21) Parodi C, Kaiser K.
Le dentiste, l'hypnose, le patient.
Le fil dentaire, 5 février 2014
- (22) Peretz B, Bercovich R, Blumer S.
Using elements of hypnosis prior to or during pediatric dental treatment.
Pediatr Dent. 2013 Jan-Feb;35(1):33-6.
- (23) Price Donald D.; Barber, Joseph
An analysis of factors that contribute to the efficacy of hypnotic analgesia.
Journal of Abnormal Psychology, Vol 96(1), Feb 1987, 46-51.

- (24) Sarri S.
L'analgésie mandibulaire en odontostomatologie, stratégies contre les échecs d'anesthésie.
Thèse pour le diplôme d'état de docteur en chirurgie dentaire, université de nancy, 26 avril 2010.
- (25) Weitzenhoffer AM, Hilgard E.
Stanford hypnotic susceptibility scale, From C.
Consulting Psychologists Press, California, 1962

(Ce questionnaire a pour objectif l'étude des différents aspects du quotidien d'un chirurgien dentiste et les améliorations possibles)

Vous êtes :

- ## Quel âge avez-vous?

--

- ☐ entre 1 et 10 ans
- ☐ entre 11 et 20 ans
- ☐ entre 21 et 30 ans
- ☐ plus de 30 ans

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Êtes-vous stressé à cause de votre travail ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Enormément

Êtes-vous fatigué à la fin de votre journée de travail ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Enormément

Êtes-vous à l'aise dans votre relation avec :

	Pas du tout	Très peu	Moyennement	Assez	Totalement
vos confrères ?	☐	☐	☐	☐	☐
vos patients ?	☐	☐	☐	☐	☐
votre/vos assistante(s) ?	☐	☐	☐	☐	☐
votre/vos prothésiste(s) ?	☐	☐	☐	☐	☐

Passez-vous beaucoup de temps à expliquer à vos patients :

	Pas du tout	Très peu	Peu	Beaucoup	Énormément
votre diagnostic ?	☐	☐	☐	☐	☐
votre plan de traitement ?	☐	☐	☐	☐	☐

Avez-vous des échecs d'anesthésie lors :

	Jamais	De temps en temps	Souvent	Très souvent	Toujours
d'urgence ?	☐	☐	☐	☐	☐
d'endodontie ?	☐	☐	☐	☐	☐
de soins conservateurs (composites/amalgames) ?	☐	☐	☐	☐	☐
de chirurgies ?	☐	☐	☐	☐	☐
de prothèse ?	☐	☐	☐	☐	☐

Vos patients respectent-ils :

	Jamais	Rarement	Souvent	Très souvent	Toujours
les horaires des rendez-vous (retard) ?	☐	☐	☐	☐	☐
les jours des rendez-vous (rdv manqué) ?	☐	☐	☐	☐	☐
vos prescriptions ?	☐	☐	☐	☐	☐
vos recommandations (technique de brossage, alimentation...) ?	☐	☐	☐	☐	☐

Vos patients ont-ils des douleurs post opératoires :

	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Toujours
après un soin d'urgence ?	☐	☐	☐	☐	☐
après un soin endodontique ?	☐	☐	☐	☐	☐
après un soin conservateur ?	☐	☐	☐	☐	☐
après une avulsion ou chirurgie simple ?	☐	☐	☐	☐	☐
après une chirurgie "complexe" (implant, sinus, chirurgie muccogingivale) ?	☐	☐	☐	☐	☐
après une préparation sur dent vivante ?	☐	☐	☐	☐	☐

Avez-vous des difficultés lors de la prise d'empreintes :

	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Toujours
en prothèse fixée ?	☐	☐	☐	☐	☐
en prothèse amovible partielle ?	☐	☐	☐	☐	☐
en prothèse amovible complète ?	☐	☐	☐	☐	☐
en prothèse implantaire simple ?	☐	☐	☐	☐	☐
en prothèse implantaire complexe ?	☐	☐	☐	☐	☐

Vos patients ont-ils du mal à se détendre lors de l'enregistrement d'un rapport inter-arcade?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jamais ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ Souvent

Avez-vous des difficultés lors de soins sur des enfants ?

	Jamais	Rarement	Occasionnellement	Souvent	Toujours
Prise de contact / bilan bucco-dentaire / examen clinique	☐	☐	☐	☐	☐
Soins sans anesthésie locale	☐	☐	☐	☐	☐
Soins sous anesthésie locale	☐	☐	☐	☐	☐

Avez-vous des difficultés à prendre en charge des patients phobiques ?**(phobie du dentiste, des aiguilles, des instruments rotatifs ...)**

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jamais ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Souvent

Avez-vous des difficultés à prendre en charge des patients ayant un réflexe nauséeux?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jamais ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Souvent

Avez-vous des difficultés à prendre en charge des patients ayant une hypersalivation ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jamais ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Souvent

Avez-vous suivi une formation à l'hypnose médicale ? *

- ☐ Non
- ☐ Oui

Annexe 2

Si vous n'avez jamais suivi de formation à l'hypnose médicale :

Avez-vous déjà entendu parler de l'hypnose appliqué à l'odontologie ?

- ☐ oui
- ☐ non

Pensez-vous qu'une formation à l'hypnose puisse vous être utile dans votre pratique quotidienne ?

- ☐ oui
- ☐ non

Si oui, dans quel(s) domaine(s) ?

(plusieurs réponses possibles)

- ☐ gestion du stress
- ☐ gestion des rdv
- ☐ relation avec les patients
- ☐ relation avec les confrères
- ☐ relation avec les assistantes
- ☐ relation avec les prothésistes
- ☐ endodontie
- ☐ parodontie
- ☐ chirurgie
- ☐ odontologie pédiatrique
- ☐ prothèse
- ☐ urgence

Quel type de formation avez-vous suivie ?

- ☐ 1 à 2 jours par an
- ☐ 2 à 5 jours par an
- ☐ 5 à 10 jours par an
- ☐ plus de 10 jours par an

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- ☐ oui
- ☐ non

- ☐ gestion de votre stress
- ☐ gestion du stress de vos patients
- ☐ gestion des rdv
- ☐ relation avec les patients
- ☐ relation avec les confrères
- ☐ relation avec les assistantes
- ☐ relation avec les prothésistes
- ☐ endodontie
- ☐ parodontie
- ☐ chirurgie
- ☐ odontologie pédiatrique
- ☐ prothèse
- ☐ urgence
- ☐ Autre :

Jean-Charles GOUT
2016-TOU3-3026

APPORT DE L'HYPNOSE DANS LA PRATIQUE QUOTIDIENNE DU CHIRURGIEN DENTISTE

RESUME EN FRANCAIS :

L'objectif de ce travail était de réaliser une étude sur les différents aspects de la pratique quotidienne du chirurgien dentiste pouvant être améliorés par une formation à l'hypnose médicale.

Un questionnaire a été élaboré et distribué à des praticiens (formés ou non à l'hypnose). Nous avons obtenu cent quatorze réponses, dont cinquante-six de praticiens formés à l'hypnose et cinquante-huit de praticiens non formés.

Ce travail a permis de mettre en évidence qu'une formation à l'hypnose médicale pouvait améliorer de nombreux aspects de la pratique quotidienne du chirurgien dentiste, notamment la gestion du stress, la prise en charge de patients à besoins spécifiques, la gestion des urgences, la chirurgie ou encore la relation du praticien avec les personnes qui l'entourent.

TITRE EN ANGLAIS : Contribution of the hypnosis in the daily practice of the dental surgeon

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Chirurgie Dentaire

MOTS-CLEFS : hypnose, chirurgien-dentiste, étude

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

Université Toulouse III - Paul Sabatier

Faculté de chirurgie dentaire, 3 chemin des Maraîchers, 31062 Toulouse Cedex

DIRECTEUR DE THESE : Docteur Sarah SOUBIELLE