



HAL
open science

Évaluation de l'intérêt de l'auto-hypnose dans la gestion des troubles émotionnels des étudiants en chirurgie dentaire : étude clinique prospective chez des externes en odontologie du groupe hospitalier la Pitié-Salpêtrière

Audrey Zaquine

► To cite this version:

Audrey Zaquine. Évaluation de l'intérêt de l'auto-hypnose dans la gestion des troubles émotionnels des étudiants en chirurgie dentaire : étude clinique prospective chez des externes en odontologie du groupe hospitalier la Pitié-Salpêtrière. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-03264478

HAL Id: dumas-03264478

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03264478>

Submitted on 18 Jun 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

UNIVERSITE PARIS DIDEROT - PARIS 7

FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE

5, Rue Garancière 75006 PARIS

Année 2018

Thèse N°:

N° attribué par la bibliothèque :

THESE pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR

en CHIRURGIE DENTAIRE

présentée et soutenue publiquement le

par **ZAQUINE Audrey**

**EVALUATION DE L'INTERET DE L'AUTO-HYPNOSE DANS LA GESTION DES
TROUBLES EMOTIONNELS DES ETUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE :
ETUDE CLINIQUE PROSPECTIVE CHEZ DES EXTERNES EN ODONTOLOGIE DU
GROUPE HOSPITALIER LA PITIE-SALPETRIERE**

Directeur de thèse : M. le Professeur Vianney DESCROIX

J U R Y

M. le Professeur Vianney DESCROIX	Président
M. le Docteur Philippe GATEAU	Assesseur
M. le Docteur Jean-François NGUYEN	Assesseur
Mme la Docteure Hélène RANGÉ	Assesseur
Mme la Docteure Justine SCAVINER	Assesseur
Mme la Docteure Bouchra SOJOD	Assesseur
M. le Docteur Eliott ZAGHROUN	Assesseur

UNIVERSITE PARIS DIDEROT-PARIS 7

Présidente de l'Université :	Mme la Professeure Christine CLERICI
Doyenne de l'U.F.R. d'Odontologie :	Mme la Professeure Ariane BERDAL
Directrice Générale des Services :	Madame Pascale SAINT-CYR

JURY

M. le Professeur Vianney DESCROIX	Président
M. le Docteur Philippe GATEAU	Assesseur
M. le Docteur Jean-François NGUYEN	Assesseur
Mme la Docteure Hélène RANGÉ	Assesseur
Mme la Docteure Justine SCAVINER	Assesseur
Mme la Docteure Bouchra SOJOD	Assesseur
M. le Docteur Eliott ZAGHROUN	Assesseur

M. le Professeur Vianney DESCROIX

Docteur en Chirurgie Dentaire
Docteur en Pharmacie
Diplôme de Doctorat
Professeur des Universités - Praticien
Hospitalier

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'avoir accepté de diriger cette thèse et de la bienveillance et sympathie avec lesquelles vous m'avez guidée tout au long de ce travail. Je vous remercie pour votre implication, votre disponibilité en tant que directeur de thèse et investigateur auprès des étudiants, ainsi que pour la qualité de votre enseignement à l'hypnose. Veuillez accepter tous mes remerciements et l'expression de mon plus profond respect.

M. le Docteur Philippe GATEAU

Docteur en Chirurgie Dentaire
Diplôme de Doctorat
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites de siéger dans ce jury, pour les conseils que vous nous avez prodigués tout au long de nos années d'études, pour votre bienveillance et votre gentillesse, veuillez trouver ici, l'expression de ma respectueuse considération.

M. le Docteur Jean-François NGUYEN

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour l'honneur de vous voir siéger au sein de ce jury, je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Mme la Docteure Hélène RANGÉ

Docteur en Chirurgie Dentaire
Maître de Conférences des Universités -
Praticien Hospitalier

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de participer au jury de cette thèse et la qualité de votre enseignement, veuillez recevoir l'expression de mon plus profond respect et de toute ma reconnaissance.

Mme la Docteure Justine SCAVINER

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire

Pour l'honneur de vous voir siéger au sein de ce jury, je vous prie de trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Mme la Docteure Bouchra SOJOD

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistante Hospitalo-Universitaire

Pour l'honneur de vous voir siéger au sein de ce jury, je vous prie de trouver ici l'expression de mon respect et de ma gratitude.

M. le Docteur Eliott ZAGHROUN

Docteur en Chirurgie Dentaire
Assistant Hospitalo-Universitaire

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en participant au jury de ma thèse. Soyez assuré de ma reconnaissance et de ma plus respectueuse considération.

TABLE DES MATIERES

1	Introduction.....	3
2	Les troubles émotionnels des étudiants en chirurgie dentaire et moyens de prévention ...	5
2.1	Les troubles émotionnels des étudiants en chirurgie dentaire	5
2.1.1	Anxiété.....	5
2.1.2	Troubles dépressifs	8
2.1.3	Syndrome d'épuisement professionnel (burn-out).....	9
2.2	Epidémiologie des troubles émotionnels	12
2.2.1	Dans le monde hors Europe	12
2.2.2	En Europe.....	13
2.2.3	En France	14
2.2.4	En Ile de France	14
2.3	Prévention et traitement	14
2.3.1	Anxiété et dépression.....	14
2.3.2	Burn-out	17
2.4	Auto-hypnose.....	20
2.4.1	Statut de l'hypnose.....	20
2.4.2	Définition	21
2.4.3	Les données de la science	23
2.4.4	Les différentes phases du processus	24
2.4.5	Applications	26
2.4.1	Particularités de l'auto-hypnose.....	26
3	L'étude.....	27
3.1	Description de l'étude.....	27
3.1.1	Type de l'étude	27
3.1.2	Objectifs et critères d'évaluation	27
3.2	Population étudiée.....	28
3.2.1	Population cible	28
3.2.2	Critères d'inclusion	28
3.2.3	Critères d'exclusion et de non-inclusion	28
3.2.4	Modalités de recrutement.....	28
3.3	Méthodologie	29
3.3.1	Design de l'étude	29
3.3.2	Déroulement des séances de formation à l'auto-hypnose	30
3.3.3	Instruments d'évaluation - les questionnaires.....	32
3.3.4	Considérations éthiques	35
4	Résultats.....	36
4.1	Plan d'analyse statistique.....	36
4.2	Caractéristiques démographiques de la population étudiée	37
4.2.1	Effectifs.....	37
4.2.2	Age.....	38
4.2.3	Sexe.....	38
4.2.4	Etat de santé	38
4.3	Analyse descriptive du groupe CONTROLE	39
4.3.1	Anxiété.....	40
4.3.2	Dépression.....	41
4.3.3	Burn-out	42
4.3.4	Qualité de vie	43
4.4	Analyse comparative du groupe CONTROLE	43

4.4.1	Anxiété.....	43
4.4.2	Dépression.....	44
4.4.3	Burn-out.....	44
4.4.4	Qualité de vie.....	44
4.5	Analyse descriptive du groupe TEST.....	45
4.5.1	Anxiété.....	46
4.5.2	Dépression.....	47
4.5.3	Burn-out.....	48
4.5.4	Qualité de vie.....	49
4.6	Analyse comparative pré/post interventionnel du groupe TEST.....	49
4.6.1	Anxiété.....	49
4.6.2	Dépression.....	50
4.6.3	Burn-out.....	50
4.6.4	Qualité de vie.....	51
4.6.5	Suivi de la pratique des exercices d'auto-hypnose chez le groupe test.....	51
4.6.6	Satisfaction du groupe test concernant leur formation.....	51
4.7	Analyse comparative du groupe TEST et du groupe CONTROLE.....	52
4.7.1	Anxiété.....	52
4.7.2	Dépression.....	53
4.7.3	Burn-out.....	55
5	Discussion.....	57
6	Conclusion.....	59
7	Bibliographie.....	60
8	Annexes.....	65
9	Table des tableaux.....	79
10	Table des figures.....	81

1 INTRODUCTION

La nature stressante de la profession dentaire est bien établie et commence dès la faculté. La formation en chirurgie dentaire a été affirmée comme l'une des plus difficile et exigeante durant laquelle les étudiants doivent acquérir des compétences diverses telles que des compétences académiques, cliniques et personnelles (Rada et Johnson-leong 2004)(Plasschaert et al. 2005)(Divaris K. et al. 2008).

De nombreuses études publiées ont permis d'identifier les sources de stress dans toutes les étapes de la carrière dentaire, à compter de la formation de premier cycle. Le terme « stress » fait référence à l'effet de certains facteurs externes (physiques ou mentaux) sur la santé physique et psychologique de l'individu.

La plupart des sources de stress perçues semblent être semblables chez les étudiants en chirurgie dentaire de différents pays. Ils comprennent les examens et les notes, le manque de temps pour se détendre, les exigences cliniques et la peur d'échouer dans une matière ou une année (Rajab 2001)(Muirhead et Locker 2007)(Polychronopoulou et Divaris 2009)(Astill et al. 2016).

Parmi les exigences cliniques, on retrouve le nombre de tâches à effectuer pendant la pratique clinique, le temps d'attente avant l'avis des enseignants, les parties administratives et informatiques, et la surestimation des quotas de tâches cliniques demandés (Inquimbert et al. 2017). Les préoccupations cliniques seraient aussi principalement liées au traitement des patients difficiles et à la difficulté d'apprendre certaines procédures cliniques (Elani et al. 2014).

Des niveaux élevés de stress perçu chez les étudiants en dentaire ont été associés à une diminution des performances académiques, à diverses conséquences psychologiques telles qu'une détresse psychologique avec des symptômes dépressifs, anxieux et d'épuisement professionnel (burn-out) ainsi qu'à des modifications de leur santé physique et de qualité de vie (Elani et al. 2014).

Quelques études ont aussi suggéré des changements dans les comportements des étudiants comme la consommation d'alcool (Gorter et al. 2000), ainsi que la prise de drogues illicites (Newbury-Birch et al. 2002).

Si on considère les conséquences négatives de ces troubles sur les étudiants, il est recommandé d'établir des stratégies de prévention durant leur période de formation.

Plusieurs études ont été menées afin de déterminer le meilleur moyen de prévenir ces troubles émotionnels. En effet, l'environnement académique devrait permettre de préparer les étudiants à leur vie professionnelle et contribuer à leur développement psychologique et social dans les meilleures conditions.

La pratique de thérapies alternatives telles que la pratique du yoga (Rajesh et al. 2012), la musicothérapie (Ghasemi et al. 2017), ou la relaxation (Wild et al. 2014)(Prato 2009) ont montré une diminution de l'anxiété chez les étudiants.

Aussi, un programme de suivi psychologique a montré d'intéressants résultats notamment la diminution de la détresse psychologique et l'augmentation des capacités des étudiants en chirurgie dentaire (Adams 2017).

L'hypnose, ayant déjà montré son efficacité sur la prise en charge de l'anxiété dans différents domaines médicaux ainsi qu'en chirurgie dentaire (Burghardt et al. 2018)(Sebille 2007) est également une voie comme moyen de prévention non médicamenteux des troubles émotionnels des étudiants.

L'auto-hypnose en particulier permettrait aux étudiants l'application de l'hypnose sans l'intervention d'un professionnel de santé et permettant jour après jour une autonomie dans la pratique de l'hypnose, un auto-contrôle de leur bien-être psychologique.

2 LES TROUBLES ÉMOTIONNELS DES ÉTUDIANTS EN CHIRURGIE DENTAIRE ET MOYENS DE PREVENTION

2.1 Les troubles émotionnels des étudiants en chirurgie dentaire

Il a été montré que les étudiants à l'université, en particulier les étudiants en chirurgie dentaire, sont sujets à certains problèmes psychologiques du fait des nombreux facteurs de stress et des exigences académiques. Parmi les plus fréquents troubles psychologiques retrouvés chez les étudiants, on note les troubles anxieux, dépressifs et le suicide (Tosevski et al. 2010)(Lloyd et Musser 1989). Le burn-out est également reconnu dans plusieurs professions, et notamment chez les dentistes dès le début de leurs études, comme pouvant mener au suicide (Gorter et al. 2008). Nous nous intéresserons donc dans cette étude aux troubles les plus fréquents : les troubles anxio-dépressifs et le burn-out.

2.1.1 Anxiété

2.1.1.1 Définition

L'ambiguïté de la définition de l'anxiété vient du fait que le terme peut correspondre à deux différents types de concept : l'anxiété trait et l'anxiété état. Ces concepts ont été introduits par les études menées par Catell et Scheir (1958, 1961) et affirmés par Spielberger (1966).

L'anxiété est généralement décrite comme une émotion désagréable proche de la peur, caractérisée par l'appréhension d'un danger futur perçu subjectivement comme une menace, sans que celle-ci ne soit nécessairement identifiée, délimitée ou rationnelle. À l'inverse la peur, serait une réaction à une menace parfaitement identifiée (Zeidner et Matthews 2010).

Cette première définition ne transcrit qu'une des composantes de l'anxiété désignée couramment comme anxiété-état, une réaction ou une réponse complexe, un état transitoire ou condition de l'organisme variant en intensité et en fonction du temps (Spielberger 2013).

Mais le terme anxiété est aussi utilisé pour définir les différences interindividuelles à percevoir des situations caractérisant chaque individu par une anxiété trait et à y répondre par une élévation des réactions d'anxiété-état. Il s'agit donc d'une prédisposition inhérente de l'individu à l'anxiété qui détermine l'intensité (anxiété état) et la récurrence (anxiété trait) des états anxieux (Spielberger 2013).

Spielberger ajoute également que l'expérience d'états anxieux (anxiété état) est dépendante de la personnalité de l'individu (anxiété trait) et des caractéristiques objectives ou subjectives de

la situation perçue comme plus ou moins menaçante. L'association situation, anxiété trait, anxiété état est donc à considérer dans l'analyse de l'anxiété (Pouille 2017).

2.1.1.2 Symptomatologie

Les états anxieux peuvent s'exprimer par des manifestations cognitives, affectives et somatiques. Elles sont le plus souvent expérimentées, à des degrés variables, simultanément (Zeidner et Matthews 2010).

La dimension cognitive correspond, au-delà d'un certain seuil d'anxiété, à l'apparition de pensées intrusives perturbant le fonctionnement cognitif normal en focalisant l'attention sur d'hypothétiques dangers. Il s'ajoute une perception de soi négative la plupart du temps, ou une remise en question de ses propres capacités. Une anxiété pathologique excessive occasionne fréquemment des surcharges cognitives de la mémoire de travail et peut bloquer la personne dans ses apprentissages (Derakshan et Eysenck 2009)(Zeidner et Matthews 2010)(Pouille 2017).

Paradoxalement, une anxiété insuffisante ne mobilise pas assez les capacités cognitives. En effet, l'anxiété assure également certaines fonctions régulatrices et motivationnelles dans les activités humaines (résolution des problèmes, anticipation, motivation, autocontrôle ...) (Zeidner et Matthews 2010).

La dimension affective et somatique se caractérise par une sensation de panique et d'agitation accompagnée de manifestations physiologiques (accélération du rythme cardiaque, de la respiration, troubles digestifs, hypersudation etc) (Zeidner et Matthews 2010).

Le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux DSM-5 regroupe au sein des troubles anxieux : le trouble de panique, le trouble d'anxiété sociale, l'agoraphobie, la phobie spécifique, le trouble d'anxiété généralisé, le trouble anxieux de séparation, le mutisme sélectif (Katz et Stein 2013).

L'OMS répertorie six entités cliniques de troubles anxieux (le trouble anxieux généralisé, le trouble de panique avec ou sans agoraphobie, le trouble d'anxiété sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel compulsif, l'état de stress post-traumatique) parmi la classification internationale des maladies CIM-10.

L'anxiété mesurée dans cette étude fera référence au trouble anxieux généralisé décrit par les critères diagnostiques suivants (DSM-4 et CIM-10) (American Psychiatric Association 1998b) :

- A. une anxiété et des soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant une période d'au moins six mois et concernant plusieurs événements ou activités ;
- B. le sujet éprouve de la difficulté à contrôler ses préoccupations ;
- C. l'anxiété et les soucis sont accompagnés d'au moins trois symptômes supplémentaires parmi une liste qui comprend agitation, fatigabilité, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire et perturbation du sommeil (un seul symptôme additionnel est nécessaire chez les enfants) ;
- D. l'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un autre trouble de l'axe I comme le fait d'avoir une attaque de panique (comme dans le trouble de panique), d'être gêné en public (comme dans la phobie sociale), d'être contaminé (comme dans le trouble obsessionnel-compulsif), d'être loin de son domicile ou de ses proches (comme dans le trouble d'anxiété de séparation), de prendre du poids (comme dans l'anorexie mentale), d'avoir de multiples plaintes somatiques (comme dans le trouble de somatisation) ou d'avoir une maladie sévère (comme dans l'hypocondrie) ; l'anxiété et les soucis ne surviennent pas exclusivement durant un état de stress post-traumatique (critère D) ;
- E. l'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ;
- F. la perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple, une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple, l'hyperthyroïdie) et ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble de l'humeur, d'un trouble psychotique ou d'un trouble envahissant du développement.

2.1.1.3 Les outils de mesure

L'échelle de mesure auto-rapportée est la méthode privilégiée pour mesurer l'anxiété (Pouille 2017).

Parmi les questionnaires les plus connus et les plus utilisés, on retrouve :

- le test de HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) aura pour but le dépistage de troubles anxiodépressifs chez les étudiants (cf partie 3.3.3.1) ;
- le STAI (State Trait Anxiety Inventory, Spielberger, 1983) qui sera utilisé dans le but d'évaluer l'anxiété trait des étudiants et l'intensité des états anxieux lors de leurs venues à l'hôpital (cf partie 3.3.3.2) (Pouille 2017).

D'autres questionnaires existent tels que l'échelle d'anxiété d'Hamilton, l'échelle du stress perçu et d'autres plus spécifiques de certains troubles anxieux (échelle de Yale-Brown, échelle de phobie sociale de Liebowitz, test FSS-III, PPAG etc).

Ces échelles d'auto-évaluation ne sont utilisées que dans un but de dépistage, le diagnostic définitif devra reposer sur un examen clinique par un spécialiste de la santé mentale.

Les mesures physiologiques et l'observation comportementale serviront de moyens objectifs d'appréhender l'anxiété, fondés sur l'analyse des manifestations strictement somatiques (rythme cardiaque, respiration, utilisation de système d'imagerie cérébrale comme l'IRM fonctionnel) (Pouille 2017).

2.1.2 Troubles dépressifs

2.1.2.1 Définition

Les troubles dépressifs font partie des pathologies psychiatriques selon la cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, de l'Association Américaine de Psychiatrie (DSM-5). Parmi les troubles dépressifs, on retrouve le trouble de perturbation de l'humeur et de dérégulation (du comportement), le trouble dépressif majeur isolé, le trouble dépressif majeur récurrent, le trouble dépressif persistant (dysthymie), le trouble dysphorique prémenstruelle, le trouble dépressif dû à une autre affection médicale, les autres troubles dépressifs spécifiés, le trouble dépressif non spécifié (Cercle d'excellence sur les Psychoses 2018).

2.1.2.2 Symptomatologie

Le DSM-5 distingue plusieurs types de troubles dépressifs, parmi lesquels le syndrome/épisode dépressif majeur constitue une base.

Il se caractérise par un changement avec le fonctionnement antérieur de l'individu et par la présence d'au moins cinq des symptômes suivants pendant au moins 2 semaines ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive (1), soit la perte d'intérêt ou de plaisir (2) : (1) humeur dépressive (2) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir (3) perte ou gain de poids significatif (4) insomnie ou hypersomnie (5) agitation ou ralentissement psychomoteur (6) fatigue ou perte d'énergie (7) sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (8) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision (9) pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou

plan précis. Les symptômes ne répondent pas aux critères de l'épisode mixte. Soit la souffrance est cliniquement significative, soit il existe une altération du fonctionnement social, professionnel. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale (Corruble 2013).

Il existe également le trouble dépressif persistant qui se caractérise par une humeur dépressive présente la plupart du temps, signalée par le sujet ou observée par les autres, pendant au moins deux ans. Les symptômes répondant aux critères de « trouble dépressif persistant » peuvent être moins sévères que ceux d'un épisode de dépression majeure mais durent plus longtemps : perte d'appétit ou hyperphagie, insomnie ou hypersomnie, diminution d'énergie et fatigue, estime de soi défaillante, difficulté de concentration ou de prise de décision, sentiment de perte d'espoir (American Psychiatric Association 1998a).

2.1.2.3 Outils de mesure

Les troubles dépressifs doivent être diagnostiqués selon une anamnèse détaillée au près du patient et de son entourage, un examen clinique de l'état psychologique et, si nécessaire des tests plus spécialisés. Le trouble dépressif mesuré dans cette étude fera référence au syndrome/épisode dépressif majeur.

D'autres outils peuvent être utilisés dans un but de dépistage ou de suivi de l'évolution du trouble ou de l'efficacité d'un traitement (échelles MADRS, HAM-D, IDS-S et QIDS, CSS ...). Dans cette étude nous avons choisi des auto-questionnaires comme le Beck Depression Inventory (BDI) et le Hospital Anxiety and Depression scale (HAD), très répandus dans les études et faciles d'utilisation.

2.1.3 Syndrome d'épuisement professionnel (burn-out)

2.1.3.1 Définition

Le burn-out se définit par différents termes : en anglais le terme burn out signifie « échouer », « se consumer », user ses ressources internes ; en japonais, le mot « karashi » désigne la « mort par excès de travail » (karo = « mort », shi = « fatigue au travail ») ; en français le terme couramment employé est le syndrome d'épuisement professionnel (SEP ou SEPS pour les Soignants), il fait référence à une usure professionnelle progressive spécifique des soignants, bien qu'il soit admis aujourd'hui que ce syndrome peut toucher tous les milieux professionnels (Gautheron 2012).

Le terme « burn-out » est utilisé à l'origine dans les années 1970 pour décrire l'épuisement au travail de professionnels de l'aide et du soin. Différents concepts du burn-out ont longtemps été discutés. Il a d'abord été décrit par H.B Bradley (1969), puis Freudenberger (1974) et a donné lieu à plusieurs études, notamment celles de C. Maslach, toutes convergentes sur le fait que « le burnout se traduirait par un état d'épuisement professionnel, à la fois émotionnel, physique et psychique, ressenti face à des situations de travail « émotionnellement » exigeantes » (INRS et al. 2015).

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le qualifie également comme « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail » (Le Galès-Camus 2005).

Selon Christina Maslach, « le burn-out n'est pas une nouvelle catégorie de maladie psychiatrique mais pourrait conduire à la dépression ou autres maladies somatiques et à la désinsertion sur le plan professionnel, social et familial » (Maslach et Leiter 2011).

En effet, le burn-out ne fait pas actuellement l'objet d'un diagnostic officiel dans les classifications médicales de référence (CIM-10, DSM-5). Son diagnostic ne s'appuie donc pas sur un diagnostic clinique unique et précis mais sur un ensemble de signes cliniques et de symptômes qui apparaissent progressivement chez l'individu (INRS et al. 2015).

Le burnout est donc à différencier de la dépression. En effet, il s'exprime en premier lieu dans la sphère professionnelle et décrit un « processus » de dégradation du rapport subjectif au travail, à l'inverse de la dépression qui s'étend à tous les aspects de la vie et qui décrit un « état » de l'individu. Le traitement du burn-out implique une analyse des dysfonctionnements organisationnels et relationnels de travail (INRS et al. 2015).

2.1.3.2 Les composantes du burn-out

Les travaux de C. Maslach ont permis de décrire le burn-out en trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement personnel (INRS et al. 2015).

1) L'épuisement émotionnel

L'épuisement émotionnel est la première manifestation du burn-out et se caractérise par une fatigue extrême inhabituelle autant physique que psychique, qui n'est plus soulagée par les

temps de repos habituels (sommeil, week-end, congés, etc.) et devient chronique (INRS et al. 2015).

2) Dépersonnalisation

La dépersonnalisation est la seconde dimension du burn-out caractérisée par une attitude négative et détachée de l'individu vis-à-vis de son travail et des personnes (collègues, encadrement, clients, patients, etc.), l'amenant à réduire son investissement et ses capacités relationnelles (INRS et al. 2015).

Elle peut être considérée comme une adaptation de l'individu face aux exigences de son métier et à la sur sollicitation vécue par l'individu (INRS et al. 2015).

3) La diminution de l'accomplissement personnel

La diminution de l'accomplissement personnel reflète, à la fois, pour l'individu le sentiment d'être inefficace et non productif dans son travail et de ne pas être à la hauteur du poste (INRS et al. 2015).

Cependant certains auteurs considèrent que cette troisième dimension correspondrait plutôt à un trait de personnalité ou encore d'une conséquence du stress au travail qui n'aurait donc pas lieu d'être intégrée dans la définition de ce syndrome (INRS et al. 2015).

L'association de ces trois dimensions, dans les cas les plus extrêmes, peut entraîner une dégradation de l'état physique et psychique de l'individu le menant à l'arrêt de son travail ; ce qui peut être vécu comme une rupture, un écroulement soudain (INRS et al. 2015).

2.1.3.3 Symptomatologie

Le syndrome peut se traduire par des manifestations plus ou moins importantes, d'installation progressive et souvent insidieuse, en rupture avec l'état antérieur, notamment (liste non exhaustive) (Haute Autorité de Santé (HAS) 2017b) :

- émotionnelles : anxiété, tensions musculaires diffuses, tristesse de l'humeur ou manque d'entrain, irritabilité, hypersensibilité, absence d'émotion ;
- cognitives : troubles de la mémoire, de l'attention, de la concentration, des fonctions exécutives ;
- comportementales ou interpersonnelles : repli sur soi, isolement social, comportement agressif, parfois violent, diminution de l'empathie, ressentiment et hostilité à l'égard des collaborateurs ; comportements addictifs ;

- motivationnelles ou liées à l'attitude : désengagement progressif, baisse de motivation et du moral, effritement des valeurs associées au travail ; doutes sur ses propres compétences (remise en cause professionnelle, dévalorisation) ;
- physiques non spécifiques : asthénie, troubles du sommeil, troubles musculo-squelettiques (type lombalgies, cervicalgies, etc.), crampes, céphalées, vertiges, anorexie, troubles gastro-intestinaux.

2.1.3.4 Les outils de « mesure » et de détection

Parmi les différents outils de mesure développés, le Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach & Jackson, 1981) est scientifiquement validé et est le plus utilisé aujourd'hui. Le MBI existe en trois versions : deux pour des populations spécifiques (MBI Human Service Survey, MBI Educators Survey) et une pour la population générale au travail (INRS et al. 2015).

D'autres questionnaires existent :

- Le Burnout Measure (MB) de Pines, également beaucoup utilisé, est unidimensionnel ; le score mesuré corrèle plus avec la dimension Epuisement Emotionnel du MBI qu'avec les autres ;
- Le Copenhagen Burnout Inventory (CBI) qui explore trois dimensions du burnout : l'épuisement personnel, professionnel et relationnel ;
- Le Burnout Measure et le Oldenburg Burnout Inventory.

2.2 Epidémiologie des troubles émotionnels

2.2.1 Dans le monde hors Europe

Les troubles de l'anxiété, de l'humeur (notamment des épisodes dépressifs) et du syndrome d'épuisement professionnel (burn-out) dont souffrent les étudiants en chirurgie dentaire représentent un problème dans tous les pays du monde.

Des études menées dans différents pays possédant des systèmes d'éducation différents se rejoignent pour dire qu'il existe des taux d'anxiété et de dépression anormaux parmi les étudiants en chirurgie dentaire (Basudan et al. 2017) (Bathla et al. 2015) (Elani et al. 2014) (Takayama et al. 2011). Les étudiants en chirurgie dentaire révèlent des degrés d'anxiété et de dépression supérieurs par rapport à la population générale (Lloyd et Musser 1989).

Une revue de littérature (méta-analyse) s'intéressant aux niveaux, aux causes et conséquences du stress chez les étudiants en chirurgie dentaire et retenant 124 études sur le sujet indique que

la plupart des études retenues (54,5 %) ont montré que les étudiants en chirurgie dentaire présentaient au moins un taux modéré de stress psychologique, et 34,1 % des études ont montré des taux élevés (Elani et al. 2014).

Le niveau de stress chez les étudiants en chirurgie dentaire varie selon des critères démographiques (âge, sexe) et selon leur niveau d'étude (Elani et al. 2014).

D'autres études (Australie, Inde, Arabie, Colombie, Jordanie) ont montré que le niveau de stress augmentait en fonction des années d'études. Une augmentation du stress et de la détresse psychologique en période d'apprentissage clinique a été observée par rapport à la période pré clinique (Astill et al. 2016)(Deshpande et Chari 2014)(Elani et al. 2014)(Al-Sowygh 2013)(Uraz et al. 2013))(Divaris et al. 2013)(Abu-Ghazaleh et al. 2011).

2.2.2 En Europe

En Europe, différentes études ont été réalisées ces dernières années et se corrélaient aux études mondiales.

En Allemagne, une étude menée sur 182 étudiants en médecine et chirurgie dentaire de l'Université d'Erlangen-Nuremberg a montré que des scores d'anxiété et de dépression certaine (HAD), ainsi que des scores élevés de burn-out (MBI) sont plus fréquemment retrouvés chez les étudiants en chirurgie dentaire de 4^{ème} et 5^{ème} année par rapport aux étudiants en médecine (Prinz et al. 2012).

En Angleterre, les étudiants en dernière année de chirurgie dentaire souffrent d'anxiété pathologique à des taux supérieurs par rapport à ceux de 2^{ème} année. En 5^{ème} année, les étudiants en chirurgie dentaire présentent des scores d'anxiété et de dépression élevés par rapport aux étudiants de médecine (Newbury-Birch et al. 2002).

Une étude menée en 2008 dans 5 pays d'Europe (Manchester, Belfast, Cork, Helsinki, and Amsterdam) a permis de comparer les degrés de burn-out, de santé physique, d'état psychologique et les sources de stress sur 132 étudiants en chirurgie dentaire, entre la 1^{ère} et la 5^{ème} année d'étude. Les étudiants en 5^{ème} année ont montré des scores de burn-out (MBI) plus élevés par rapport aux étudiants de 1^{ère} année. Les étudiants ont montré un développement négatif de la 1^{ère} à la 5^{ème} année en particulier concernant l'épuisement émotionnel et la santé psychologique (Gorter et al. 2008).

2.2.3 En France

Une étude menée à Nantes, indique que les étudiants en Odontologie de Nantes présentent un niveau faible à modéré de burn-out. La tendance au syndrome d'épuisement professionnel est présente chez 6,4 % des étudiants répondants (Debec-Pucelle 2017).

Une étude menée en 2016 sur 177 étudiants de 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année d'étude à la Faculté de chirurgie dentaire de Montpellier, a montré que 54 % des étudiants ont déclaré être satisfaits de leurs études avec une corrélation négative entre le niveau de satisfaction des élèves et le niveau de stress perçu (Inquimbert et al. 2017).

2.2.4 En Ile de France

En Ile-de-France, une étude épidémiologique menée sur 289 chirurgiens-dentistes et étudiants en 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} année d'Odontologie a montré que les étudiants présentaient un score de burn-out élevé concernant l'accomplissement personnel et faible concernant l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, avec des scores inférieurs à ceux des chirurgiens-dentistes. Certains cas de burn-out ont toutefois été révélés mais avec une prévalence faible comparée aux résultats d'études antérieures dans d'autres pays (Younes 2016).

Ces études, malgré la divergence des instruments de mesure, des sujets étudiés et leur lieu, mettent en évidence l'importance du phénomène lié aux troubles émotionnels des chirurgiens-dentistes et des étudiants. Pour autant très peu d'études françaises s'y intéressent, excepté pour le burn-out qui mène à de plus en plus d'études dans le domaine de la santé.

La fréquence élevée de dépression, d'anxiété et de burn-out chez les étudiants en chirurgie dentaire souligne l'importance de fournir des programmes de soutien et de mettre en œuvre des mesures préventives pour aider les élèves dans leur cursus et à mieux appréhender leur future vie professionnelle.

2.3 Prévention et traitement

2.3.1 Anxiété et dépression

2.3.1.1 Prévention des troubles anxio-dépressifs

Dans le cadre d'une mission confiée par Agnès Buzyn, ministre des Solidarités et de la Santé et Frédérique Vidal, ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de

l'Innovation, le Dr Marra, psychiatre, a rendu son rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé en 2018.

Le Dr Marra insiste sur la nécessité d'intervenir au niveau de la prévention primaire à tertiaire, sur le plan pédagogique et psychologique, individuel et collectif (Marra 2018).

La prévention primaire chez les étudiants a pour but d'améliorer leur bien-être pendant leurs études et leur réussite personnelle, même lorsqu'ils ne sont pas en difficulté. La prévention secondaire vise les étudiants considérés comme à risque d'échec académique et/ou avec des risques psychosociaux. La prévention tertiaire s'adresse aux étudiants en difficulté académique et/ou présentant des problèmes graves médico-socio-psychologiques entravant leur bien-être et la poursuite de leurs études (Marra 2018).

Ces recommandations permettront d'agir sur la prévention des troubles anxio-dépressifs (également du burn-out), applicables à l'ensemble des étudiants en santé, pour tous les cycles d'enseignement (Marra 2018) :

1. créer un centre national d'appui pour promouvoir la qualité de vie des étudiants en santé et des soignants. Débuter par la formation des responsables d'enseignement et des représentants d'étudiants ;
2. en urgence communiquer sur les dispositifs d'accompagnement et les parcours. Créer ou compléter les dispositifs d'accompagnement pour les étudiants ;
3. prévention des risques psychosociaux par les compétences transdisciplinaires : « empowerment » ;
4. créer des centres régionaux d'accompagnement pour les internes ;
5. prévenir les risques psychosociaux par l'étayage en stage et le professionnalisme ;
6. prévenir les risques psychosociaux par des interventions pédagogiques sur les programmes et méthodes ;
7. en PACES : renforcer l'étayage pédagogique, renforcer le collectif ;
8. lutter contre le harcèlement : créer des comités ou bureaux d'intervention contre le harcèlement ; « empowerment » des étudiants pendant leur cursus : simulation, sensibilisation ;
9. médecine préventive universitaire et médecine de santé au travail : coordination et complémentarité des approches ;
10. pour les étudiants : pass santé pour un accès aux soins en libéral ; réseaux de soins aux soignants ;

11. faire que le suicide des étudiants en santé devienne l'un des objectifs prioritaires de l'Observatoire national du suicide. Étude nationale sur le suicide des étudiants en santé et des soignants ;
12. équité entre formations en santé.

2.3.1.2 Traitement

La prise en charge des troubles anxieux et dépressifs passe tout d'abord par l'information du patient et l'établissement d'un projet thérapeutique adapté ainsi qu'un suivi thérapeutique (Haute Autorité de Santé (HAS) 2007).

a) Psychothérapie

La psychothérapie doit être réalisée par un praticien spécialisé tel qu'un psychiatre ou psychothérapeute (Haute Autorité de Santé (HAS) 2007).

On distingue la psychothérapie non structurée d'accompagnement qui consiste en une écoute attentive, des conseils à court terme, et un soutien psychologique et les psychothérapies structurées qui peuvent avoir différents objectifs :

- les Thérapeutiques Cognitivo-Comportementales (TCC) orientées vers la gestion des problèmes actuels et futurs ;
- la psychothérapie analytique et psychanalyse centrée sur l'individu et des conflits psychiques ;
- la thérapie « self-help » ou gestion de l'anxiété par soi-même, propose des exercices concrets à faire soi-même (relaxation, contrôle respiratoire, gestion émotionnelle, d'exposition et d'affirmation de soi, etc.). Les objectifs sont dirigés vers les symptômes : anxieux, somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux (Haute Autorité de Santé (HAS) 2007).

b) Les traitements médicamenteux

Les traitements médicamenteux tels que les psychotropes, les antidépresseurs (Haute Autorité de Santé (HAS) 2017a), les anxiolytiques, seuls ou en association pris régulièrement et aux doses prescrites par un médecin (Haute Autorité de Santé (HAS) 2007).

L'association psychothérapie et traitements médicamenteux peut être nécessaire, en particulier pour les patients qui ne répondent pas à un seul traitement (Haute Autorité de Santé (HAS) 2007).

c) Prise en charge médico-sociale

Elle peut se justifier dans le cas de troubles anxieux graves difficiles à équilibrer, pour permettre un traitement efficace tout en assurant une continuité de scolarité ou un maintien dans une activité professionnelle (Haute Autorité de Santé (HAS) 2007).

L'approche est pluridisciplinaire et bien coordonnée entre les différents intervenants permettant une prise en charge globale (Haute Autorité de Santé (HAS) 2007).

d) Les thérapeutiques non conventionnelles

D'autres thérapeutiques appelées thérapeutiques non conventionnelles (ou médecines complémentaires, traditionnelles) sont définies comme un large ensemble de pratiques de soins qui ne sont pas intégrées dans la tradition académique ou le système de santé dominant du pays, selon l'OMS (Graz et al. 2011).

Parmi celles-ci on retrouve par exemple, l'hypnose, l'homéopathie, l'acupuncture, la musicothérapie, l'ostéopathie etc.

D'après les données scientifiques et cliniques convergentes des travaux des équipes de la Mayo Clinic aux États-Unis et ceux d'Exeter en Angleterre («Department of Complementary and Integrative Medicine»), concernant les recommandations pour des problèmes courants en médecine interne générale: l'hypnose serait recommandée dans le traitement de la douleur ; l'utilisation du millepertuis pour la dépression ; la musicothérapie pour les troubles de l'humeur et anxiété (Graz et al. 2011).

2.3.2 Burn-out

2.3.2.1 Moyens de prévention

Les travaux et les recherches ont permis d'identifier les facteurs favorisant le burn-out, en particulier chez les chirurgiens-dentistes, il serait dû aux (Gautheron 2012) (Ousset 2015) :

- exigences du travail :
 - o conditions de travail (position de travail, sollicitation des sens),
 - o la charge de travail,
 - o les pressions administratives, légales et financières,
 - o gestion du temps entre vie privée et vie professionnelle,
 - o organisation,
- les relations interpersonnelles :

- relations praticiens/patient (le patient mis à nu, mauvaise image du chirurgien-dentiste, manque de reconnaissance, sentiment d'injustice, les patients difficiles),
- relation avec l'assistante et autres professionnels de santé,
- le soutien social,
- les facteurs individuels :
 - l'engagement dans son travail, satisfaction professionnelle,
 - tendance au perfectionnisme,
 - hygiène de vie.

La prévention du burn-out passe par la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

La prévention primaire a pour objectif d'éviter et d'éliminer tous les facteurs susceptibles d'être à l'origine d'un burn-out, en insistant sur l'organisation du cabinet et la prévention du stress des patients (Gautheron 2012).

La prévention secondaire a pour but de diminuer la prévalence du burn-out en aidant les individus à faire face aux facteurs déclenchants, et détecter tôt les premiers signes : se remettre en question sur le plan psychologique, développer de meilleures conditions physiques et physiologiques, changer son environnement de travail (Gautheron 2012).

La prévention tertiaire a pour but d'éviter les conséquences du burn-out.

La prévention au niveau collectif est nécessaire par le biais d'une formation initiale de qualité préparant les étudiants à leur future pratique notamment dans le domaine de la relation patient et gestion administrative du cabinet. La formation continue est également un moyen de rompre la monotonie du quotidien, de rencontrer d'autres praticiens, de partager et se libérer de certaines tensions (Gautheron 2012).

Chez les étudiants en particulier, les moyens de gestion du stress et la sensibilisation au burn-out devraient être approfondis car trop peu traités durant la formation initiale (Debec-Pucelle 2017).

De la même manière que chez les chirurgiens-dentistes, les étudiants ne doivent pas négliger leur hygiène de vie qui inclut une bonne condition physique, une bonne qualité de sommeil, la diminution de la consommation de certaines substances favorisant l'insomnie, la prévention des déséquilibres alimentaires, une activité physique régulière (Debec-Pucelle 2017).

La condition psychologique doit naturellement être entretenue par le biais d'aménagement de plages de loisirs, un bon soutien social et familial, un encouragement de la part du corps enseignant et utilisation de techniques cognitivo-comportementales (Debec-Pucelle 2017).

La Haute Autorité de Santé (HAS) a émis en Mars 2017 des recommandations pour une meilleure prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel via une analyse des facteurs de risques psychosociaux et conditions de travail (Haute Autorité de Santé (HAS) 2017b) :

- intensité et organisation du travail (surcharge de travail, imprécision des missions, objectifs irréalistes, etc.) ;
- exigences émotionnelles importantes avec confrontation à la souffrance, à la mort, dissonance émotionnelle ;
- autonomie et marge de manœuvre ;
- relations dans le travail (conflits interpersonnels, manque de soutien du collectif de travail, management délétère, etc.) ;
- conflits de valeurs ;
- insécurité de l'emploi.

2.3.2.2 Prise en charge

La prise en charge vise à traiter le trouble identifié ainsi qu'à agir sur le contexte socioprofessionnel à l'origine du trouble (Haute Autorité de Santé (HAS) 2017b).

a) Un arrêt de travail doit être envisagé de durée adaptée à l'évolution du trouble et du contexte socioprofessionnel (Haute Autorité de Santé (HAS) 2017b).

b) Traitement médicamenteux

Un traitement par le médecin traitant peut être prescrit et le patient adressé à un psychiatre si nécessaire, dans le but de réaliser un diagnostic psychopathologique ou une adaptation thérapeutique, prendre en charge un trouble sévère et/ou poursuivre un arrêt maladie (Haute Autorité de Santé (HAS) 2017b).

La prescription d'un traitement antidépresseur est uniquement recommandée dans le cadre de ses indications (troubles anxieux, troubles dépressifs) (Haute Autorité de Santé (HAS) 2017b).

c) Prise en charge non médicamenteuse

Le traitement du trouble peut comporter une prise en charge non médicamenteuse fondée sur

des interventions psychothérapeutiques ou psychocorporelles effectuées par un professionnel de santé ou un psychologue formé à ces techniques (Haute Autorité de Santé (HAS) 2017b).

d) Prise en charge globale et contexte socio-professionnel

Dans tous les cas, il est recommandé que le médecin traitant se mette, avec l'accord du patient, en contact avec son médecin du travail ou celui d'une consultation de pathologie professionnelle pour alerter et avoir un éclairage sur le lieu de travail (Haute Autorité de Santé (HAS) 2017b).

L'analyse du poste et des conditions de travail par l'équipe pluridisciplinaire est indispensable, afin de mettre en place des actions de prévention (individuelle et/ou collective) en conséquence (Haute Autorité de Santé (HAS) 2017b).

La prise en charge des aspects médico-socio-professionnels et psychologiques est indispensable, notamment pour aider l'individu dans les démarches médico-administratives : orientation vers les consultations de pathologie professionnelle, services d'assistante sociale, etc. (Haute Autorité de Santé (HAS) 2017b).

L'accompagnement du retour au travail est également nécessaire (Haute Autorité de Santé (HAS) 2017b).

2.4 Auto-hypnose

2.4.1 Statut de l'hypnose

Lors du dernier rapport de l'INSERM en 2015 sur l'évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose, il n'existait pas de cadre légal précis encadrant la pratique de l'hypnose (Gueguen et al. 2015).

Aujourd'hui, plusieurs formations existent destinées aux professionnels de santé désirant se former à l'hypnose. La Pitié-Salpêtrière propose notamment un diplôme universitaire d'hypnose.

Tous les soignant formés à l'hypnose s'engagent à respecter la chartre éthique de la CFHTB (Confédération Francophone d'Hypnose et de Thérapies Brèves) (CFHTB 2018).

L'exercice de l'hypnose doit être réalisé par un professionnelle de santé.

Les publications médicales et scientifiques en hypnose sont très nombreuses (Gueguen et al. 2015) :

- plus de 10 000 articles référencés en 2014 (Gueguen et al. 2015) et plus de 14 500 en 2018 sur la base de référence Medline/Pubmed, avec le terme « hypnosis » ;
- plus de 300 essais contrôlés randomisés et plus de 80 revues systématiques ou méta-analyses indexés dans la base de donnée Medline sous le mot clef « hypnosis » évaluant l'hypnose (toute forme d'hypnose, qu'elle soit utilisée à visée antalgique, sédative ou psychothérapeutique) en 2014 ;
- six revues Cochrane ont été identifiées, s'intéressant à l'hypnose dans les domaines suivants :
 - douleur et grossesse,
 - dépression postpartum,
 - soins dentaires,
 - schizophrénie,
 - sevrage tabagique,
 - syndrome de l'intestin irritable : une revue Cochrane et 2 ECRs suggèrent un effet bénéfique de l'hypnothérapie dans la prise en charge du syndrome de l'intestin irritable,
 - douleur aiguë et chronique chez l'adulte.

Plusieurs études (6 ECRs) présentent des résultats convergents, indiquant que l'utilisation de l'hypnose lors d'une intervention chirurgicale ou lors d'un acte de médecine ou radiologie interventionnelle permet de diminuer la consommation de sédatifs et/ou d'antalgiques en per opératoire (Gueguen et al. 2015).

Pour les autres indications, les données ne permettent pas de conclure, du fait soit de résultats divergents, soit d'insuffisance de données, soit de limites méthodologiques importantes (Gueguen et al. 2015).

2.4.2 Définition

L'étymologie du mot « hypnose » fait référence à la déesse du sommeil « Hypnos », ce qui laisse percevoir l'hypnose comme un état de sommeil passif. Or, l'hypnose ne correspond pas au sommeil car elle ne laisse pas le sujet inactif mais au contraire très concentré et vigilant (Faymonville et al. 1994).

L'hypnose a été officiellement reconnue par la British Medical Association en 1958, comme « un état passager d'attention modifiée chez le sujet, état qui peut être induit par une autre personne et dans lequel divers phénomènes peuvent apparaître spontanément ou en réponse à des stimuli verbaux ou autres. Ces phénomènes comprennent un changement dans la conscience et la mémoire, une sensibilité accrue à la suggestion et l'apparition chez le sujet de réponses et d'idées qui ne lui sont pas familières dans son état d'esprit habituel. En outre, des phénomènes comme l'anesthésie, la paralysie, la rigidité musculaire et des modifications vasomotrices peuvent être, dans l'état hypnotique, produits et supprimés ».

Milton H. Erikson, psychiatre américain, a réintroduit l'hypnose dans la pratique médicale, il a développé l'idée et la pratique d'une hypnose naturaliste, commune, de la vie de tous les jours et introduit l'hypnose actuelle dite hypnose Eriksonienne (Lelarge et Prévot-Stimec 2017), qu'il définit comme « un état de conscience particulier qui privilégie le fonctionnement inconscient par rapport au fonctionnement conscient » (Institut Français d'Hypnose Humaniste & Hypnose Eriksonienne (IFHE) 2018).

Le docteur Marie-Elisabeth Faymonville, anesthésiste et experte dans la pratique de l'hypnosédation, désigne l'hypnose comme un état neurophysiologique à part entière qui correspond un état modifié de conscience (Vanhaudenhuyse et Faymonville 2015).

L'hypnose, selon elle, est un phénomène naturel et banal. C'est également un état de concentration mentale, une focalisation durant laquelle les facultés de l'esprit sont accaparées par un train de pensée et le sujet devient indifférent à toute autre considération. L'hypnose est souvent accompagnée au niveau physiologique d'une modification du tonus musculaire, une immobilité corporelle, un ralentissement de la fréquence cardiaque, du pouls, un visage détendu, perte de certains réflexes, variation du diamètre des pupilles, amnésie, anesthésie, distorsion dans la perception corporelle, une catalepsie et une distorsion temporelle (Faymonville et al. 1994).

F.Roustang, philosophe, psychanalyste et hypnothérapeute, définit l'hypnose comme une « veille paradoxale » où l'activité cérébrale est intense et le corps présente une atonie musculaire et posturale. « L'hypnose est à la veille ce que le rêve est au sommeil ». C'est également un processus par lequel on dissocie des perceptions fictives ou hyperréalistes, ce qu'on appelle la perceptude (Roustang 2003).

L'American Psychological Association (2014) propose désormais une nouvelle définition de l'hypnose comme un état de conscience incluant une focalisation de l'attention ainsi qu'une attention périphérique diminuée, caractérisée par une capacité accrue à répondre à la suggestion (Elkins et al. 2015).

Outre l'état de conscience modifiée que l'on nomme état hypnotique, l'hypnose est aussi une relation d'alliance thérapeutique entre le patient et le praticien (Bioy 2015).

L'hypnose correspond également à un processus permettant de passer de l'état d'éveil à l'état hypnotique. En effet, l'AFEHM (Association Française pour l'Étude de l'Hypnose Médicale) définit en 1998 l'hypnose comme « un processus relationnel accompagné d'une succession de phénomènes physiologiques tels qu'une modification du tonus musculaire, une réduction des perceptions sensoriels (dissociation), une focalisation de l'attention dans le but de mettre en relation un individu avec la totalité de son existence et d'en obtenir des changements physiologiques, des changements de comportements et de pensées » (Sichère 2007).

Lorsque l'état hypnotique apparaît, on peut retrouver une modification de l'orientation temporo-spatiale, un sentiment de détente, une hyper-absorption de l'attention, une diminution du jugement et de la censure, une expérience de réponse quasi-automatique (ou principe « d'involontarité » selon le Pr Jean-Roch Laurence) (Bioy 2015).

2.4.3 Les données de la science

L'état de conscience modifié a été caractérisé par les neurosciences, l'analyse des modifications de l'activité cérébrale au cours de l'induction hypnotique par la tomographie par émission de positrons (TEP) et l'imagerie fonctionnelle par résonance magnétique (IRMf) ont montré qu'il y aurait une activation préférentielle de certaines zones du cortex cérébral (occipitale, frontale, cingulaire) lors du processus hypnotique (Rainville et al. 1999).

L'imagerie cérébrale a été utilisée pour étudier l'activité cérébrale au cours d'une induction hypnotique et au cours de l'application de suggestions d'analgésie.

Des sujets sains ont été répartis en trois groupes et soumis à un stimulus douloureux constant, une main plongée dans une eau à 47°C :

- les sujets du groupe contrôle sont en pleine conscience ;
- les sujets du second groupe, sous hypnose, ont reçu des suggestions de type sensoriel

visant à diminuer ou augmenter l'intensité de la douleur ;

- les sujets du troisième groupe, sous hypnose, ont reçu des suggestions de type émotionnel visant à diminuer ou augmenter la douleur.

Les réponses cérébrales observées grâce à la TEP ont montré que les suggestions hypnotiques peuvent diminuer ou augmenter la douleur suivant leur contenu mais elles n'agissent pas sur les mêmes zones cérébrales, en fonction de leur caractère sensoriel ou émotionnel.

L'hypnose agit donc sur deux aspects distincts de la douleur : la composante sensori-discriminative et la composante affective (Rainville 1997). Le type de suggestions et leur contenu sémantique utilisés au cours de l'induction a une influence sur les modifications de l'activité cérébrale.

Une autre particularité de l'hypnose serait qu'elle active deux circuits cérébraux de façon concomitante : celui de l'absorption de l'attention et celui de la détente (Rainville et al. 2002), deux éléments expliquant l'augmentation de la concentration lors du processus hypnotique.

2.4.4 Les différentes phases du processus

1. Préparation

Chaque séance commence par une phase de préparation où on s'installe confortablement et l'objectif est défini (Lelarge et Prévot-Stimec 2017).

2. Induction, focalisation de l'attention, recueil d'informations

La deuxième étape correspond à l'induction, le moment pendant lequel la transe s'installe. L'induction se fait par focalisation de l'attention sur les sensations et par un engagement physique (je bouge, je m'assois, je ferme les yeux.). C'est la période durant laquelle l'esprit inconscient commence à recueillir les informations nécessaires pour résoudre le problème (Lelarge et Prévot-Stimec 2017).

L'objectif est de restreindre le champ de conscience du sujet en supprimant toute stimulation dérangeante et de capter l'attention et l'activité mentale du sujet (Lelarge et Prévot-Stimec 2017).

3. Réponse dissociative

La troisième étape permet de valider la présence de la transe qui s'installe. Le corps répond en produisant des modifications spécifiques du processus hypnotique (respiration profonde par exemple). Une certaine tension et des émotions peuvent apparaître. La dissociation de la perception du quotidien est mise de côté pour rentrer dans un autre type de perception : la « perceptude », phase où l'individu perd pied pour perdre ses certitudes afin de changer (Lelarge et Prévot-Stimec 2017).

4. Travail intérieur créatif - la « crise »

Cette phase peut être désagréable. Si le travail se maintient, la recherche interne aboutit et un changement a lieu. La crise se résout par une intuition, une compréhension qui peut apparaître soudaine, comme une illumination. Celle-ci se prolonge par une phase d'intégration, de résolution. Après avoir pris le risque de perdre le contrôle, vous entrez dans une perception sensorielle plus fine (Lelarge et Prévot-Stimec 2017).

5. Retour

La dernière étape consiste au retour à la sensorialité ordinaire. Des pensées peuvent être exprimées sur le processus qui vient d'être vécu de façon immédiate ou différée (Lelarge et Prévot-Stimec 2017).

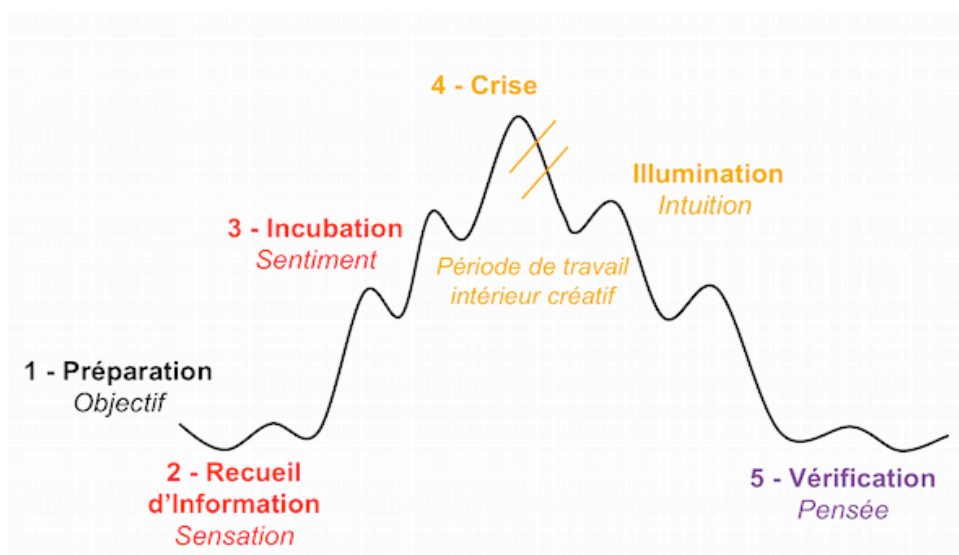


Figure 1- Les phases d'une séance d'autohypnose d'après Ernest Rossi
(Lelarge et Prévot-Stimec 2017)

2.4.5 Applications

Dans le domaine médical, il existe différents types d'hypnoses telles que l'hypnoanalgésie à visée antalgique, l'hypnosédation à visée sédative et l'hypnothérapie à visée psychothérapeutique (Gueguen et al. 2015).

L'hypnothérapie sera utilisée dans cette thèse. Elle peut revêtir plusieurs formes (Gueguen et al. 2015) :

- l'hypnose classique se définit par l'aspect directif du thérapeute qui suggère un changement de façon directe au patient. Cette forme d'hypnose n'est plus utilisée ;
- l'hypnose Ericksonnienne consiste à mettre le patient acteur de sa guérison en ne le dirigeant pas, mais en l'accompagnant par des suggestions menant l'inconscient à mobiliser ses ressources ;
- l'hypnoanalyse est un processus dynamique qui fait le lien entre l'hypnose et la psychanalyse.

Le traité d'hypnothérapie rapporte que les indications de l'hypnothérapie sont « les mêmes que pour toute psychothérapie (phobies, conversions, troubles anxieux, troubles de l'assertivité etc.) » (Bioy and Michaux 2007).

La société française d'hypnose mentionne les différentes applications de l'hypnose : psychologie et psychiatrie, psycho traumatologie et victimologie, troubles du comportement alimentaire, addictologie, chez les enfants, troubles psychosomatiques, sexologie, neurologie, pneumologie et ORL, gastro-entérologie, cardiologie, gynécologie, dermatologie, dentisterie, douleurs aiguës ou chroniques, soins palliatifs, chirurgie et examens médicaux, domaine sportif, prévention (Gueguen et al. 2015).

2.4.1 Particularités de l'auto-hypnose

L'auto-hypnose consiste à induire par le sujet lui-même un état hypnotique en suivant le même processus que l'hypnose. Un thérapeute est tout de même nécessaire et parfois indispensable afin de permettre au patient d'apprendre l'auto-hypnose. Au-delà de l'état hypnotique et des outils utilisés, la relation thérapeutique joue un grand rôle. L'individu va pouvoir apprendre à ressentir ses capacités de changement et se définir un objectif (Bioy et al. 2013).

En fonction de ce but, de sa personnalité et de ses ressources le patient va construire sa propre séance d'auto-hypnose et adapter les techniques utilisées (Bioy et al. 2013).

D'ailleurs, dans le cadre de la gestion de la douleur chronique il est souvent proposé des techniques favorisant l'autonomie du patient, afin qu'il puisse faire face à la douleur quand elle apparaît (Bioy et al. 2013). De la même manière, l'auto-hypnose peut être enseignée et utilisée au quotidien dans le but de pouvoir gérer ses émotions que ce soit face à une douleur ou à un stress perçu.

L'apprentissage de l'induction de la transe et de l'auto-hypnose font également partie de la thérapie hypnotique, afin de pouvoir autonomiser le patient et maintenir des bénéfices ressentis.

3 L'ETUDE

3.1 Description de l'étude

3.1.1 Type de l'étude

Il s'agit d'une étude expérimentale, prospective, unicentrique, randomisée, contrôlée, sans insu, en deux groupes parallèles.

3.1.2 Objectifs et critères d'évaluation

La fréquence de syndromes anxieux, dépressifs et d'épuisement professionnel dans la population des étudiants en chirurgie dentaire dans le monde ainsi que la validité de l'hypnose comme outil de prévention et de traitement des troubles anxieux et/ou de l'humeur, ont été démontrées précédemment.

L'objectif principal de l'étude est alors d'évaluer l'intérêt de la pratique de l'auto-hypnose dans la gestion des troubles émotionnels des externes en chirurgie dentaire, en particulier sur les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, et le syndrome d'épuisement professionnel (burn-out). Ainsi, nous évaluerons via des questionnaires standardisés, en début et en fin d'étude, pour chaque étudiant, le niveau d'anxiété (HAD, STAI), de dépression (BDI) et de burn-out (MBI).

Le critère de jugement principal est l'amélioration significative de l'échelle HAD et STAI, du BDI et du MBI, après une formation de 3 semaines à l'auto-hypnose chez le groupe test par rapport au groupe contrôle.

L'objectif secondaire est d'évaluer l'influence de la pratique de l'auto-hypnose sur la qualité de vie des externes en chirurgie dentaire en comparant les réponses en début et en fin d'étude au questionnaire de qualité de vie SF-12.

Le point de vue des étudiants ayant participé à la formation à l'auto-hypnose concernant leur satisfaction personnelle, l'utilité de la formation et leur usage futur sera pris en compte, via un questionnaire à réponses ouvertes.

Il sera également intéressant d'évaluer l'impact du travail en milieu hospitalier sur l'anxiété, la dépression, le burn-out ainsi que sur la qualité de vie des étudiants du groupe témoin n'ayant pas reçu de formation à l'auto-hypnose.

Les critères des objectifs secondaires seront évalués aux mêmes moments que le critère de jugement principal.

3.2 Population étudiée

3.2.1 Population cible

La population étudiée regroupe les externes en odontologie du service d'Odontologie de la Pitié-Salpêtrière effectuant leur stage hospitalier de février 2018 à juillet 2018 et cela dans le cadre de leur sixième année d'étude en odontologie à l'Université Paris Diderot.

3.2.2 Critères d'inclusion

Les étudiants inclus dans l'étude sont :

- des hommes ou femmes ;
- externes en odontologie du service d'Odontologie de la Pitié-Salpêtrière effectuant leur stage hospitalier ;
- et ayant signé le consentement éclairé.

3.2.3 Critères d'exclusion et de non-inclusion

Les étudiants présentant des troubles psychiatriques, étant sous traitement psychiatrique ou autre intervention psychologique ainsi que les étudiants n'ayant pas répondu aux questionnaires n'ont pas été inclus dans l'étude.

3.2.4 Modalités de recrutement

Les étudiants correspondant à la population étudiée ont été informés de l'existence de l'étude par une note d'information diffusée via les réseaux sociaux (Facebook®, Whats app®) quelques semaines avant le début de l'étude afin de les sensibiliser et d'évaluer leur motivation à participer à l'étude. Cette note comprenait des informations sur l'objectif et l'intérêt de

l'étude, son déroulement ainsi que sur les modalités de confidentialité des données recueillies. Puis, le questionnaire a été mis en ligne via Google Forms® et envoyé en complément de la note d'information et d'un consentement éclairé via les réseaux sociaux.

Lors d'une visite de pré-inclusion au sein du service d'Odontologie de la Pitié-Salpêtrière, les consentements éclairés signés ont été récupérés et un entretien individuel a été délivré aux étudiants afin de leur rappeler le déroulement et l'intérêt de l'étude et de répondre aux questions.

Le questionnaire a été mis en ligne du 12 au 19 février 2018, période durant laquelle des messages de relance ont été envoyés afin d'obtenir un maximum de réponses.

Au total, 41 étudiants ont été invités à participer à l'étude. Les questionnaires ont été complétés entièrement par 31 étudiants, soit un taux de réponse de 75,6 %. Parmi les étudiants ayant répondu aux questionnaires, une personne (2,4 %) présentait un trouble psychiatrique, pouvant affecter ses réponses aux questionnaires, elle a donc été exclue de l'étude.

L'échantillon final a donc été de 30 étudiants.

3.3 Méthodologie

3.3.1 Design de l'étude

L'étude s'est déroulée du 12 février 2018 au 02 avril 2018, à Paris auprès des étudiants externes du service d'odontologie de la Pitié-Salpêtrière, rattaché à la faculté d'Odontologie de l'Université Paris Diderot.

Après signature des consentements éclairés et recrutement des étudiants, ils ont été randomisés en deux groupes de manière aléatoire. Afin de respecter l'anonymat, un numéro a été attribué à chaque étudiant. Sur Excel nous avons réalisé un tri aléatoire, les 15 premiers de la liste ont été désignés comme groupe test, les 15 derniers comme groupe contrôle.

Le Professeur V. Descroix, chef du service d'Odontologie à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris et spécialiste en hypnose médicale a dispensé trois séances de formation à l'auto-hypnose pour les étudiants du groupe test. Ceux-ci se sont également engagés à pratiquer l'auto-hypnose 15 minutes par jour pendant la durée de l'étude (7-26 mars 2018), comme stipulé dans le

consentement éclairé.

La formation à l'auto-hypnose a eu lieu dans une salle du service d'Odontologie de la Pitié-Salpêtrière.

Le groupe contrôle n'a pas reçu de formation à l'auto-hypnose et a répondu aux questionnaires en début et fin d'étude.

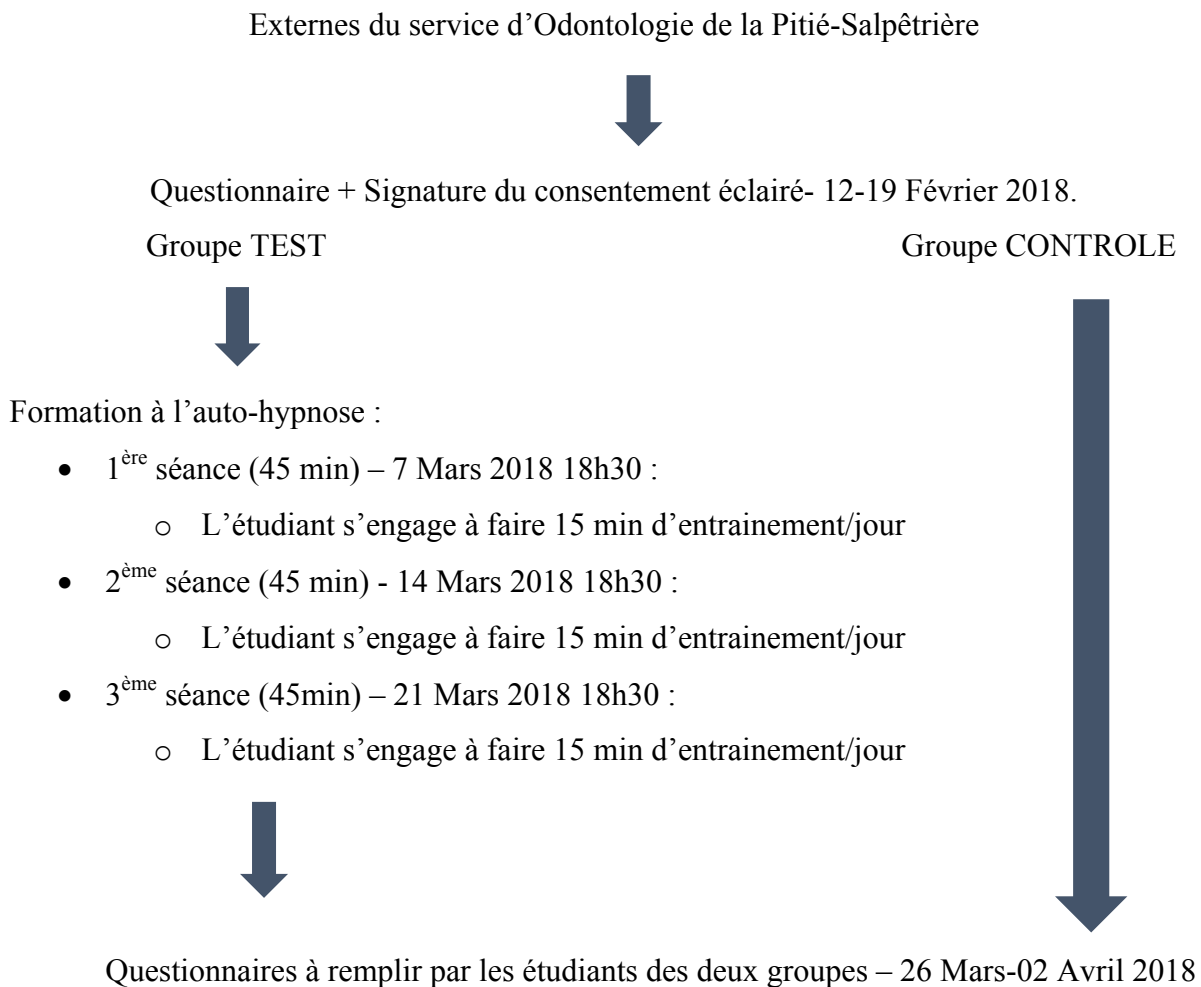


Figure 2- Récapitulatif du protocole de l'étude et calendrier de l'étude.

3.3.2 Déroulement des séances de formation à l'auto-hypnose

3.3.2.1 Séance 1

La première séance a pour but, dans un premier temps :

- de rappeler les objectifs et le déroulement de l'étude ;
- d'insister sur la confidentialité des réponses récoltées via les questionnaires ;
- d'insister sur l'importance de la réalisation des entraînements 15 minutes par jour ; un

questionnaire de suivi a été remis aux étudiants afin de connaître leur assiduité aux entraînements durant toute la durée de la formation (Annexe 1) ;

- de rappeler la présence du Pr Descroix en tant qu'investigateur de l'étude, et non comme chef de service.

Dans un second temps, une explication de l'hypnose est donnée par le Pr Descroix reprenant les définitions, les données de la science et les différentes phases du processus d'auto-hypnose. Une fois que les étudiants ont intégré ces concepts, trois exercices (Lelarge et Prévot-Stimec 2017) d'auto-hypnose ont été proposés et expliqués aux étudiants (Annexe 2).

1. Le 5, 4, 3, 2, 1

Ce premier exercice permet une focalisation sur les sensations (la vue, l'audition et la sensation du corps).

2. Me construire un lieu agréable

Cet exercice permet d'expérimenter le phénomène de dissociation. La transe à son degré de dissociation le plus fort, fabrique un vécu qui paraît réel. Je ne suis plus « ici » (dans mon salon) mais « ailleurs » (dans mon lieu agréable).

3. Ici, ... La-bas ...

Une fois ces premiers exercices maîtrisés, il est proposé aux étudiants de s'entraîner avec un autre exercice sur le lieu agréable. Cet exercice permet de renforcer la présence du lieu agréable par tissage sensoriel entre les éléments du présent et les éléments imaginaires.

3.3.2.2 Séance 2

Après une semaine d'entraînement aux exercices d'auto-hypnose proposés lors de la première séance, nous avons réalisé un tour de table afin de connaître le ressenti, les questionnements et l'assiduité aux entraînements des étudiants.

Une séance d'hypnose de groupe a été réalisée afin d'introduire le nouvel exercice « la maison », « le jardin », « l'arbre » (Du Perron et Chami 2017) (Annexe 3) à réaliser durant la deuxième semaine.

3.3.2.3 Séance 3

La troisième séance s'est déroulée sur le même schéma que la deuxième avec un tour de table, et une séance d'hypnose de groupe avec les exercices « s'accueillir » et « le sourire » (Du Perron et Chami 2017) (Annexe 4).

3.3.3 Instruments d'évaluation - les questionnaires

Un questionnaire d'auto-évaluation en ligne a été élaboré en 8 parties :

- la première partie comprend 3 questions sur les caractéristiques démographiques telles que le sexe, l'âge et l'état de santé des répondants ;
- puis 6 questionnaires standardisés ont été inclus tels que l'échelle HAD, le questionnaire d'anxiété état de Spielberger (STAI-Y-A), le questionnaire d'anxiété générale de Spielberger (STAI-Y-B), l'échelle de Beck (BDI), le Maslach Burn out Inventory (MBI) et le questionnaire de la qualité de vie SF-12 ;
- une dernière section a été rajoutée pour le questionnaire de fin d'étude du groupe test comprenant 5 questions sur la satisfaction des étudiants, leur assiduité, l'utilité de la formation et leur usage futur.

Le questionnaire proposé en fin d'étude aux étudiants du groupe test comprenant toutes ces parties est présenté en Annexe 5.

3.3.3.1 Echelle HAD - Hospital Anxiety and Depression scale

L'échelle HAD est un instrument permettant de dépister les troubles anxieux et dépressifs développé en 1983 (Zigmond A. S. et Snaith R. P. 1983). Cet outil cherche à identifier une symptomatologie anxiodépressive et à en évaluer la sévérité. Il ne cherche pas à distinguer les différents types de dépression ou états anxieux (Langevin et al. 2011).

Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, l'interprétation suivante est proposée pour chacun des scores (A et D) (Haute Autorité de Santé (HAS) 2010) :

- 7 ou moins : absence de symptomatologie ;
- 8 à 10 : symptomatologie douteuse ;
- 11 et plus : symptomatologie certaine.

Cette échelle a été traduite et validée en français (Lépine et al. 1985b) (Lépine et al. 1985a).

Les qualités psychométriques ont été vérifiées (Langevin et al. 2011).

3.3.3.2 Questionnaire d'anxiété Etat-Trait Forme Y - State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y)

Les questionnaires STAI-Y, développés par C.D. Spielberger en 1980, modifiés en 1983, ont pour objectif d'évaluer l'anxiété en tant que trait de personnalité (sentiments d'appréhension, de tension, de nervosité et d'inquiétude que le sujet ressent habituellement) (anxiété-trait) et

l'anxiété en tant qu'état émotionnel lié à une situation particulière (sentiments d'appréhension, de tension, de nervosité et d'inquiétude que le sujet ressent à un moment précis) (anxiété-état) (Langevin et al. 2012b).

L'échelle STAI-Y-A ou échelle d'anxiété état de Spielberger permet d'évaluer l'anxiété-état, c'est-à-dire ce que le sujet ressent à un moment donné. Ici on l'utilisera dans le cadre de son ressenti lors de sa présence à l'hôpital (20 items) (Langevin et al. 2012b).

L'échelle STAI-Y-B ou échelle d'anxiété générale de Spielberger permet d'évaluer l'anxiété-trait, ce que le sujet ressent généralement (20 items) (Langevin et al. 2012b).

Pour chaque item, 4 réponses sont proposées évaluant l'intensité de ce que le sujet ressent (STAI-Y-A) ou la fréquence de ce que le sujet ressent (STAI-Y-B). Chaque item a un score allant de 1 à 4 (4 étant le degré le plus fort d'anxiété) (Langevin et al. 2012b).

Les scores d'Anxiété Etat et Anxiété Trait peuvent varier de 20 à 80. La somme des notes obtenues à chacun des items nous permet de définir un degré d'anxiété (Langevin et al. 2012b).

DEGRES D'ANXIETE	TRES FAIBLE	FAIBLE	MOYEN	ELEVE	TRES ELEVE
SCORE	≤35	36-45	46-55	56-65	>65

Les qualités psychométriques de cet instrument ont été vérifiées au niveau de la validité (critériée concomitante, de structure interne, de structure externe convergente et structure externe divergente) et de la fidélité (test-retest, consistance interne) (Langevin et al. 2012b).

3.3.3.3 Échelle de Beck « Beck - Depression Inventory » (BDI)

L'inventaire de dépression de Beck est une des mesures les plus utilisées des aspects subjectifs de la dépression, développé par Beck à partir de 1962. La forme abrégée contenant 13 items a été développée par Beck à partir de 1972 (Collet et Cottraux 1986).

Chaque item est constitué de 4 phrases correspondant à 4 degrés d'intensité croissante d'un symptôme : de 0 à 3.

Le score peut varier de 0 à 39 et détermine l'intensité du syndrome dépressif en fonction des seuils de gravités. Plus la note est élevée, plus le sujet est déprimé (Beck et Beamesderfer 1974).

**DEGRES DE ABSENTE LEGERE MODEREE SEVERE
DEPRESSION**

Score	0-3	4-7	8-15	≥16
--------------	------------	------------	-------------	------------

Les qualités psychométriques de cet instrument (structure factorielle, sensibilité au changement, homogénéité, fidélité test-retest) ont été définies par plusieurs études (Beck et Beamesderfer 1974)(Beck et al. 1988).

3.3.3.4 Maslach Burn out Inventory (MBI)

Le Maslach Burn-out Inventory est un instrument de mesure du burn-out élaboré par Christina Maslach et son équipe en 1981, modifié en 1986 (Maslach et Jackson 1981).

Le MBI (aussi dénommé MBI- HSS pour Human Services Survey) est une échelle d'auto-évaluation composée de vingt-deux items explorant les trois dimensions de l'épuisement professionnel décrites par C. Maslach :

1. l'épuisement émotionnel (9 items) ;
2. la dépersonnalisation (5 items) ;
3. l'accomplissement personnel (8 items).

Pour chaque item, une échelle de fréquence en sept points est proposée :

- 0 : Jamais ;
- 1 : Quelques fois par an ;
- 2 : Une fois par mois, au moins ;
- 3 : Quelques fois par mois ;
- 4 : Une fois par semaine ;
- 5 : Quelques fois par semaine ;
- 6 : Chaque jour .

Chacune des trois composantes obtient un score. Le score sera bas, modéré ou élevé en fonction du nombre de points.

SCORE	EPUISEMENT EMOTIONNEL	DEPERSONNALISATION	ACCOMPLISSEMENT PERSONNEL
ELEVE	≥ 30	≥12	≤ 33
MODERE	18-29	6-11	34-39
BAS	≤17	≤5	≥40

Les items d'épuisement émotionnel (EE) et de dépersonnalisation (DP) ont une valence négative : des scores élevés à ces échelles signifient un état de burn-out important. À l'inverse, les items d'accomplissement personnel (AP) ont une valence positive : des scores élevés signifient un état de burn-out faible ou nul.

On peut parler de burn-out lorsqu'on relève des scores élevés d'EE et de DP ainsi qu'un faible score d'AP.

Les qualités psychométriques de cet instrument ont été vérifiées et considérées satisfaisantes au niveau de la validité (critériée concomitante, de structure interne, de structure externe convergente et structure externe divergente) et de la fidélité (test-retest, consistance interne) (Langevin et al. 2012a).

Cette instrument a été traduit et validé en langue française (Dion et Tessier 1994).

3.3.3.5 Questionnaire de la qualité de vie SF-12

Le SF-12 a été construit à partir de l'échelle SF-36. Elle permet d'évaluer deux scores : un score de qualité de vie mentale et sociale et un score de qualité de vie physique.

Ce questionnaire comprend 12 items permettant d'explorer huit dimensions de la santé : activité physique (PF), limitations dues à l'état physique (RP), douleur physique (BP), santé perçue (GH), vitalité (VT), vie et relation avec les autres (SF), limitations dues à l'état psychique (RE), santé psychique (MH) (Ware et Sherbourne 1992).

Une procédure de codage des questions permet de calculer à partir des réponses les scores des échelles.

De part un manque de moyen technique nous n'avons pu effectuer le codage des scores obtenus. À chaque réponse, nous avons attribué un score de 1 à 5, le score total maximal étant de 56 (qualité de vie élevée), moyen de 34 et minimum de 12 (faible qualité de vie). Les résultats n'ont aucune valeur statistique mais nous donneront une idée de l'évolution de la qualité de vie.

3.3.4 Considérations éthiques

3.3.4.1 Information et consentement éclairé

Une note d'information et un consentement éclairé (Annexe 6) ont été transmis aux étudiants participant à l'étude afin de les informer de façon claire et loyale sur les objectifs et le déroulement de l'étude.

Le consentement éclairé de tous les étudiants participant à l'étude a été récupéré par écrit et signé, en double exemplaire, dont un exemplaire qui leur a été rendu et signé par les investigateurs de l'étude.

3.3.4.2 Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)

Un traitement de type : MR1 - Recherches dans le domaine de la santé avec recueil du consentement, sans transfert d'information hors de l'Union européenne a été déclaré à la CNIL.

4 RESULTATS

4.1 Plan d'analyse statistique

Une analyse descriptive globale a été réalisée afin de représenter les caractéristiques des sujets inclus à T0 (questionnaire à l'inclusion) et T1 (questionnaire après les séances d'auto-hypnose).

Le test de Wilcoxon pour échantillons appariés a été utilisé pour comparer l'évolution des scores d'anxiété, de dépression et de burn-out pré et post-interventionnel au sein du groupe test et du groupe contrôle.

Le test de Mann-Whitney a été utilisé pour comparer les scores d'anxiété, de dépression et de burn-out pré et post-interventionnel entre le groupe test et le groupe contrôle.

Le test de Wilcoxon et le test de Mann-Whitney sont des tests non paramétriques permettant de comparer les moyennes de deux groupes d'échantillons respectivement appariés et indépendants.

Il s'agit donc de savoir si les moyennes des deux groupes sont significativement différentes. Ils sont utilisés dans ce cas car les échantillons sont de petites tailles (<30).

Le risque de première espèce (α) est fixé à 5% pour l'ensemble de l'étude (seuil communément admis). Ainsi, on rejette l'hypothèse nulle H_0 au risque 5% si et seulement si la p-value (p) est inférieure à α .

Les données des questionnaires remplis ont été saisies et traitées grâce au logiciel Excel®.

Les analyses ont été effectuées à l'aide du site BiostaTGV (Inserm [s. d.]).

4.2 Caractéristiques démographiques de la population étudiée

4.2.1 Effectifs

L'échantillon randomisé a été de 30 étudiants.

Au cours de l'étude, un sujet du groupe test a été perdu de vue pour des raisons de santé et trois autres n'ont pas réalisé les exercices d'auto-hypnose suffisamment durant les 3 semaines d'auto-hypnose (moins de 3 fois par semaine). L'échantillon final analysé est de 26 étudiants.

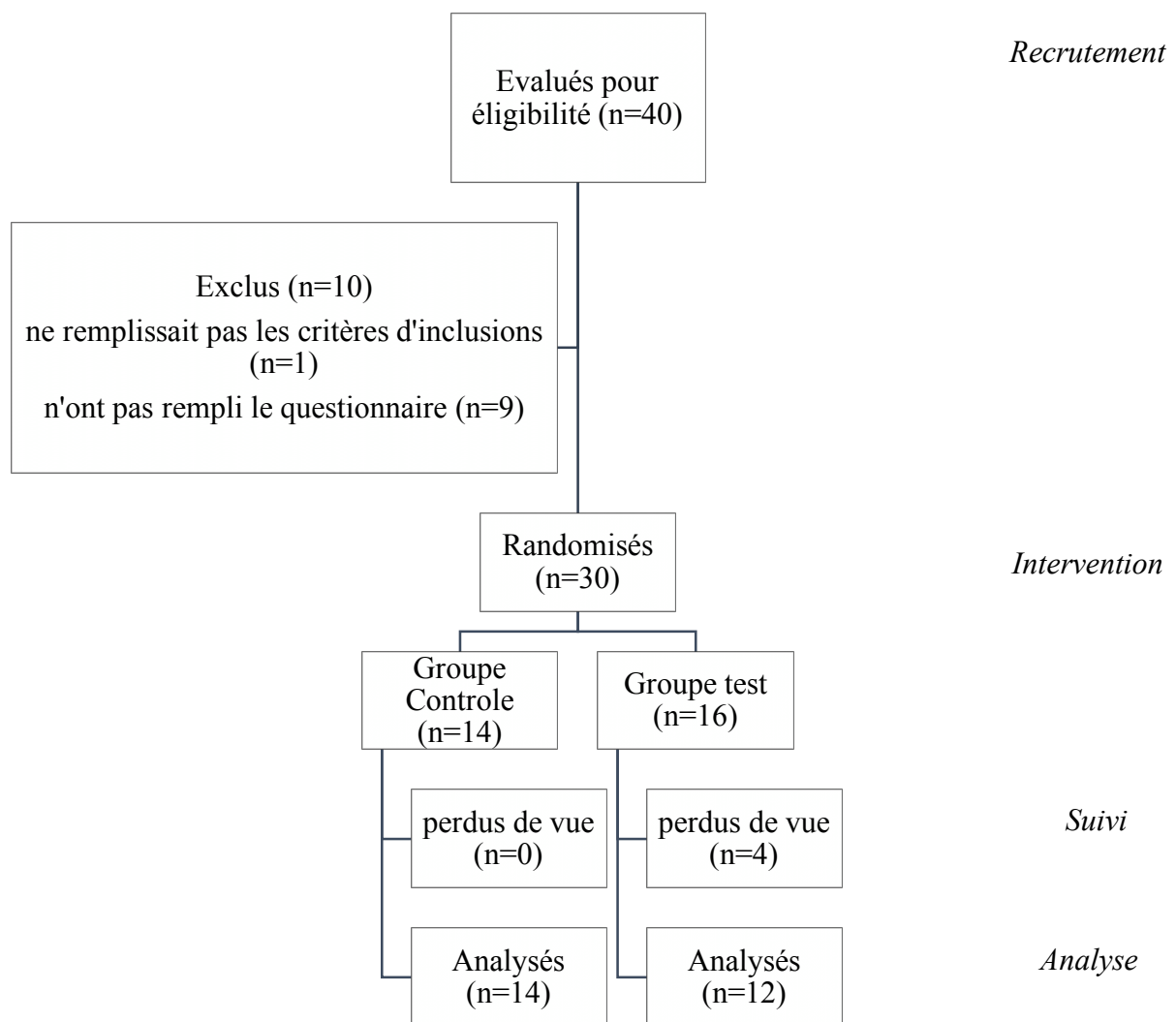


Figure 3 - Diagramme de flux des effectifs de l'étude

4.2.2 Age

La moyenne d'âge de l'échantillon est de 24,6 ans et est égale dans les deux groupes. Le patient le plus jeune ayant 23 ans et le plus âgé 30 ans.

	GROUPE CONTROLE (n=14)			GROUPE TEST (n=12)		
	Moyenne	ET	Rang	Moyenne	ET	Rang
Age	24,6	1,3	23- 30	24,6	0,8	23-27

Tableau 1 - Moyenne d'âge dans le groupe test et le groupe contrôle.

4.2.3 Sexe

Sur les 26 étudiants analysés, 10 sont des hommes (38,5 %) et 16 sont des femmes (61,5 %). Les femmes sont un peu plus représentées que les hommes par rapport à la répartition chez les externes en 6^{ème} année d'odontologie de l'Université Paris Diderot (56% de femmes vs 44 % d'hommes).

Dans le groupe test, on retrouve 3 fois plus de femmes que d'hommes et dans le groupe contrôle le même nombre d'hommes et de femmes.

	GROUPE CONTRÔLE (n=14)	GROUPE TEST (n=12)
Sexe	N(%)	N(%)
Homme	7 (50 %)	3 (25 %)
Femme	7 (50 %)	9(75 %)

Tableau 2 - Répartition des étudiants en fonction du sexe dans le groupe test et le groupe contrôle

4.2.4 Etat de santé

Tous les étudiants inclus ont déclaré être en bonne santé générale.

4.3 Analyse descriptive du groupe CONTROLE

Etudiants CONTRÔLE	HAD-A		HAD-D		Anxiété Etat		Anxiété Générale		BDI		EP		DP		AP		SF-12	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
	17	5	3	1	1	41	25	34	25	0	0	10	12	17	8	44	43	53
18	6	4	4	2	41	35	25	27	2	1	11	12	8	12	44	46	48	43
19	6	6	1	1	44	37	43	38	3	3	8	17	9	4	40	38	48	45
20	7	7	0	0	47	32	37	29	0	1	4	3	2	2	42	42	47	49
21	6	8	3	5	50	41	48	46	3	3	23	25	5	2	30	35	46	50
22	6	6	6	5	43	39	41	46	3	5	12	12	6	7	39	38	50	47
23	6	5	2	1	37	41	40	38	1	1	15	6	1	0	36	35	50	52
24	4	5	1	1	44	26	30	31	1	4	20	12	9	11	45	43	46	47
25	4	3	3	1	49	28	30	27	1	1	32	20	6	8	44	45	46	50
26	5	6	4	4	42	31	34	33	2	2	9	20	2	1	43	41	41	45
27	3	0	1	0	43	42	29	31	0	2	13	8	12	4	44	44	54	53
28	9	9	1	1	41	47	31	33	1	1	17	24	4	6	39	46	51	48
29	14	10	1	2	56	45	47	57	6	5	24	29	6	3	40	37	47	32
30	3	2	2	2	42	23	29	23	2	0	2	6	1	5	34	28	50	52

*Tableau 3 - Scores des étudiants du groupe Contrôle
pour les différents questionnaires à T0 et T1.*

4.3.1 Anxiété

- Score HAD-A

Niveau d'anxiété	T0	T1
Absence de symptomatologie	12	10
Symptomatologie douteuse	1	3
Symptomatologie certaine	1	0

Tableau 4 - Répartition des étudiants du groupe Contrôle (n=14) selon leur niveau d'anxiété à T0 et T1 d'après l'échelle HAD.

A T0, les étudiants du groupe contrôle ne présentent généralement pas de symptomatologie anxieuse (12). Il existe tout de même un cas de symptomatologie douteuse et un cas de symptomatologie certaine.

A T1, la majorité des étudiants ne présentent pas de symptomatologie anxieuse (10), un nouveau cas de symptomatologie douteuse est apparu, et un cas est passé d'une symptomatologie certaine à douteuse.

- Score d'anxiété État de Spielberger

Degré d'anxiété	T0	T1
Très faible	0	7
Faible	10	6
Moyen	3	1
Elevé	1	0
Très élevé	0	0

Tableau 5 - Répartition des étudiants du groupe Contrôle (n=14) selon leur degré d'anxiété Etat à T0 et T1 d'après l'échelle d'anxiété Etat de Spielberger.

A T0, aucun étudiant ne présente un degré extrême d'anxiété état (très faible ou très élevé). La majorité des étudiants présentent un degré faible d'anxiété état (10), sinon moyen (3) ou élevé (1).

A T1, aucun cas de degré élevé ou très élevé d'anxiété état n'est relevé. Parmi les 7 nouveaux cas de degré très faible d'anxiété état, 5 avaient un degré faible à T0, et 2 un degré moyen à T0. Un cas de degré moyen et un cas de degré élevé ont évolué vers un degré faible d'anxiété état à T1.

Un cas de degré faible a régressé à un degré moyen d'anxiété état à T1

- Score d'anxiété générale de Spielberger

Degré d'anxiété	T0	T1
Très faible	8	9
Faible	4	2
Moyen	2	2
Elevé	0	1
Très élevé	0	0

Tableau 6- Répartition des étudiants du groupe Contrôle (n=14) selon leur degré d'anxiété Générale à T0 et T1 d'après l'échelle d'anxiété Générale de Spielberger.

A T0, la majorité des étudiants présentent un degré d'anxiété générale très faible (8), sinon faible (4) ou moyen (2). Aucun cas de degré élevé ou très élevé n'est observé à T0.

A T1, la majorité des étudiants présentent un degré très faible d'anxiété générale (9), dont un cas ayant évolué d'un degré faible à très faible.

Cependant, 1 cas passe d'un degré moyen à élevé, un autre d'un degré faible à moyen.

4.3.2 Dépression

- Score BDI

Degré de dépression	T0	T1
Absent	13	11
Léger	1	3
Modéré	0	0
Sévère	0	0

Tableau 7 - Répartition des étudiants du groupe Contrôle (n=14) selon leur degré de dépression à T0 et T1 d'après le BDI.

A T0, la majorité des étudiants ne présentent pas de signe de dépression (13) sauf 1 qui présente un degré de dépression léger.

A T1, deux nouveaux cas de dépression légère apparaissent.

- Score HAD-D

Niveau de dépression	T0	T1
Absence de symptomatologie	14	14
Symptomatologie douteuse	0	0
Symptomatologie certaine	0	0

Tableau 8 - Répartition des étudiants du groupe Contrôle (n=14) selon leur degré de dépression à T0 et T1 d'après l'échelle HAD.

A T0 et T1, aucun étudiant ne présente de symptomatologie dépressive.

4.3.3 Burn-out

MBI	Score	T0	T1
EE	Elevé	1	0
	Modéré	3	5
	Bas	10	9
DP	Elevé	2	1
	Modéré	6	5
	Bas	6	8
AP	Elevé	1	1
	Modéré	4	5
	Bas	9	8

Tableau 9 - Répartition des étudiants du groupe Contrôle (n=14) selon leurs scores d'Épuisement Emotionnel (EE), de Dépersonnalisation (DP) et d'Accomplissement Personnel (AP) à T0 et T1 d'après le MBI.

- Épuisement Emotionnel (EE)

A T0, la majorité des étudiants présentent un score bas d'EE, sinon un score modéré (3) ou élevé (1).

A T1, les étudiants présentent un degré modéré (5) ou bas (9) d'EE, parmi lesquels 2 étudiants régressent d'un degré bas à modéré, 1 étudiant passe d'un degré élevé à modéré et 1 étudiant d'un degré modéré à bas.

- Dépersonnalisation (DP)

A T0, les étudiants présentent un score modéré (6) ou bas (6), sinon élevé (2).

Les 2 étudiants présentant un degré élevé de DP à T0 évoluent vers un degré modéré ou bas, toutefois 1 nouveau cas de degré élevé apparaît à T1.

Deux étudiants de degré modéré à T0 évoluent vers un degré bas, et inversement pour un étudiant.

- Accomplissement personnel (AP)

A T0, les étudiants présentent majoritairement un degré bas d'AP (9) ou modéré (4), sinon exceptionnellement élevé (1).

A T1, un nouveau cas de degré élevé apparaît, un étudiant de degré élevé passe à un degré modéré, 2 étudiants régressent d'un degré bas à modéré et 1 étudiant passe d'un degré modéré à bas.

4.3.4 Qualité de vie

Niveau de qualité de vie SF-12	T0	T1
>34	14	13
<34	0	1

Tableau 10 - Répartition des étudiants du groupe Contrôle (n=14) selon leur niveau de qualité de vie par rapport à la moyenne (=34) à T0 et T1.

Les étudiants à T0 et T1 présentent une bonne qualité de vie mentale, sociale et physique. Un étudiant révèle un score en dessous de la moyenne à T1.

4.4 Analyse comparative du groupe CONTROLE

4.4.1 Anxiété

	T0		T1		p
	Moyenne ± ET	Rang	Moyenne ± ET	Rang	
HAD-A	6,000 ± 2,801	3-14	5,286 ± 2,758	0-10	0,147
Anxiété Etat	44,286 ± 4,795	41-56	35,143 ± 7,764	25-47	0,005
Anxiété Générale	35,571 ± 7,219	25-48	34,571 ± 9,565	23-57	0,449

Tableau 11 - Comparaison des degrés d'anxiété selon les échelles HAD, anxiété état et générale de Spielberger en pré (T0) et post (T1) interventionnel chez le groupe Test (avec ET=Ecart type).

Il n'y a pas de différence significative de l'anxiété selon l'échelle HAD entre T0 et T1 ($p>0,05$), de même pour l'anxiété générale.

Cependant, l'anxiété Etat diminue de manière significative entre T0 et T1 ($p<0,05$)

4.4.2 Dépression

	T0		T1		p
	Moyenne \pm ET	Rang	Moyenne \pm ET	Rang	
BDI	1,786 \pm 1,626	0-6	2,071 \pm 1,685	0-5	0,440
HAD-D	2,143 \pm 1,657	0-6	1,857 \pm 1,657	0-5	0,386

Tableau 12 - Comparaison des degrés de dépression selon l'échelle HAD et le BDI en pré (T0) et post (T1) interventionnel chez le groupe Test.

Il n'y a pas de différence significative des scores de dépression entre T0 et T1 chez le groupe test selon les échelles HAD-D et BDI ($p>0,05$).

En effet, les étudiants du groupe contrôle ne présentaient pas de symptomatologie de dépression au départ (HAD-D). Et 2 étudiants sont passés d'une absence de dépression à un niveau léger.

4.4.3 Burn-out

MBI	T0		T1		p
	Moyenne \pm ET	Rang	Moyenne \pm ET	Rang	
EE	14,286 \pm 8,250	2-32	14,714 \pm 7,946	3-29	0,753
DP	6,286 \pm 4,514	1-17	5,214 \pm 3,641	0-12	0,528
AP	40,286 \pm 4,428	30-45	40,071 \pm 5,166	28-46	0,553

Tableau 13 - Comparaison des composantes du MBI en pré (T0) et post (T1) interventionnel chez le groupe Test.

Il n'y a pas de différence significative entre T0 et T1 des scores d'Épuisement Emotionnel, de Dépersonnalisation et d'Accomplissement Personnel selon l'échelle MBI ($p>0,05$).

4.4.4 Qualité de vie

La moitié des scores des étudiants augmente alors que l'autre moitié diminue entre T0 et T1.

4.5 Analyse descriptive du groupe TEST

TEST	HAD-A		HAD-D		Anxiété Etat		Anxiété Générale		BDI		EP		DP		AP		SF-12	
	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1	T0	T1
1	5	4	2	1	48	27	32	29	1	0	9	7	0	3	41	44	54	53
3	6	2	3	3	49	34	33	23	2	2	11	12	6	9	43	42	47	49
4	10	6	2	1	47	39	49	43	5	2	8	12	5	10	45	44	45	47
5	4	3	2	1	51	38	31	30	1	2	26	19	7	12	37	39	41	46
6	5	3	1	1	53	29	32	28	0	0	12	8	5	3	46	48	49	51
8	5	4	4	4	45	27	32	32	7	3	8	15	12	10	41	44	49	50
10	6	7	1	5	43	42	34	41	4	8	15	12	11	14	31	34	48	45
11	12	13	5	3	49	42	59	53	9	3	27	27	1	7	20	24	42	42
12	6	4	0	0	63	31	43	31	6	0	26	12	0	1	46	45	48	52
13	9	9	2	2	44	34	35	31	2	1	21	14	18	5	35	38	46	51
14	10	7	2	0	43	31	37	34	1	1	18	9	6	1	48	43	50	56
16	6	8	8	7	54	47	53	47	6	4	15	19	6	7	31	34	45	45

Tableau 14 - Scores des étudiants du groupe Test pour les différents questionnaires à T0 et T1.

4.5.1 Anxiété

- Score HAD-A

Niveau d'anxiété	T0	T1
Absence de symptomatologie	8	9
Symptomatologie douteuse	3	2
Symptomatologie certaine	1	1

Tableau 15 - Répartition des étudiants du groupe Test (n=12) selon leur niveau d'anxiété à T0 et T1 d'après l'échelle HAD.

A T0, les étudiants du groupe test ne présentent généralement pas de symptomatologie anxieuse (8), 3 étudiants présentent une symptomatologie douteuse et un étudiant présente une symptomatologie certaine.

A T1, la majorité des étudiants ne présente pas de symptomatologie anxieuse (9). Parmi les étudiants présentant une symptomatologie douteuse à T0, un étudiant est resté au même niveau à T1, un étudiant ne présente plus de symptomatologie et un nouveau cas de symptomatologie douteuse est apparu. Un étudiant présente une symptomatologie certaine à T0 et T1.

- Score d'anxiété Etat de Spielberger

Degré d'anxiété	T0	T1
Très faible	0	7
Faible	5	4
Moyen	6	1
Elevé	1	0
Très élevé	0	0

Tableau 16 - Répartition des étudiants du groupe Test (n=12) selon leur degré d'anxiété Etat à T0 et T1 d'après l'échelle d'anxiété Etat de Spielberger.

A T0, aucun des étudiants ne présente un degré extrême d'anxiété (très faible ou très élevé), les degrés se divisent entre faible (5), moyen (6) et élevé (1).

A T1, 7 étudiants passent d'un niveau élevé, moyen ou faible à un niveau très faible et 2 étudiants passent d'un niveau moyen à faible d'anxiété état.

- Score d'anxiété générale de Spielberger

Degré d'anxiété	T0	T1
Très faible	7	8
Faible	2	2
Moyen	2	2
Elevé	1	0
Très élevé	0	0

Tableau 17- Répartition des étudiants du groupe Test (n=12) selon leur degré d'anxiété Générale à T0 et T1) d'après l'échelle d'anxiété Générale de Spielberger.

A T0, une majorité d'étudiants présente un degré très faible d'anxiété générale (7), pour les autres étudiants le degré varie de faible (2), moyen (2) à élevé (1). Aucun étudiant ne présente un risque très élevé d'anxiété.

A T1, un étudiant passe d'un degré élevé à un degré moyen et un étudiant d'un degré moyen à faible d'anxiété générale. Le degré d'anxiété varie donc de très faible à moyen. Aucun étudiant ne présente un degré élevé ou très élevé d'anxiété.

4.5.2 Dépression

- Score BDI

Degré de dépression	T0	T1
Absent	6	10
Léger	5	1
Modéré	1	1
Sévère	0	0

Tableau 18 - Répartition des étudiants du groupe Test (n=12) selon leur degré de dépression à T0 et T1 d'après le BDI.

A T0, la majorité des étudiants ne présente pas de dépression (6) ou une dépression légère (5). Un étudiant présente un degré modéré de dépression.

A T1, 3 étudiants passent d'un degré léger à absent et 1 étudiant régresse à un degré modéré. La majorité des étudiants ne présente pas de dépression (10), ou une dépression légère (1) à modérée (1).

- Score HAD-D

Niveau de dépression	T0	T1
Absence de symptomatologie	11	12
Symptomatologie douteuse	1	0
Symptomatologie certaine	0	0

Tableau 19 - Répartition des étudiants du groupe Test (n=12) selon leur degré de dépression à T0 et T1 d'après l'échelle HAD.

A T0, la majorité des étudiants ne présente pas de symptomatologie dépressive (11) sauf 1.

A T1, aucun étudiant ne présente de symptomatologie dépressive.

4.5.3 Burn-out

MBI	Score	T0	T1
EE	Elevé	0	0
	Modéré	5	3
	Bas	7	9
DP	Elevé	2	2
	Modéré	5	5
	Bas	5	5
AP	Elevé	3	1
	Modéré	2	4
	Bas	7	7

Tableau 20 - Répartition des étudiants du groupe Test (n=12) selon leurs scores d'Epuisement Emotionnel (EE), de Dépersonnalisation (DP) et d'Accomplissement Personnel (AP) à T0 et T1 d'après le MBI.

- Epuisement émotionnel (EE)

A T0, aucun étudiant ne présente un score élevé d'EE. Les scores sont partagés entre modéré (5) et bas (7).

A T1, aucun étudiant ne présente un score élevé d'EE, 3 étudiants passent d'un score modéré à un score bas, 2 étudiants restent à un score modéré et 1 étudiant régresse d'un degré bas à modéré.

- Dépersonnalisation (DP)

A T0, la majorité des étudiants présente un degré de DP bas (5) ou modéré (5). Il existe 2 cas de score élevé.

A T1, les résultats sont les mêmes mais 2 étudiants de score élevé à T0 passent à un niveau bas ou modéré. Deux étudiants passent d'un score modéré à élevé et 2 autres d'un score bas à modéré.

- Accomplissement personnel (AP)

A T0, 7 étudiants présentent un score bas, 2 étudiants présentent un score modéré et 3 étudiants un score élevé.

A T1, 7 étudiants présentent toujours un score bas et 2 étudiants passent d'un score élevé à un score modéré.

4.5.4 Qualité de vie

Niveau de qualité de vie SF-12	T0	T1
>34	14	14
<34	0	0

Tableau 21 - Répartition des étudiants du groupe Test (n=12) selon leur niveau de qualité de vie par rapport à la moyenne (=34) à T0 et T1.

Les étudiants à T0 et T1 présentent une bonne qualité de vie mentale, sociale et physique.

4.6 Analyse comparative pré/post interventionnel du groupe TEST

4.6.1 Anxiété

	T0		T1		p
	Moyenne ± ET	Rang	Moyenne ± ET	Rang	
HAD-A	7,000 ± 2,558	4-12	5,833 ± 3,157	2-13	0,079
Anxiété Etat	49,083 ± 5,712	43-63	35,083 ± 6,501	27-47	0,003
Anxiété Générale	39,167 ± 9,552	31-59	35,167 ± 8,861	23-53	0,036

Tableau 22 - Comparaison des degrés d'anxiété selon les échelles HAD, anxiété état et générale de Spielberger en pré (T0) et post (T1) interventionnel chez le groupe Test.

- HAD-A

On remarque une diminution de l'anxiété entre T0 et T1 mais cette évolution n'est pas significative ($p > 0,05$).

- Anxiété Etat – Générale

L'anxiété Etat et Générale diminue de manière significative entre T0 et T1 chez le groupe test ayant suivi la formation à l'auto-hypnose ($p < 0,05$).

4.6.2 Dépression

	T0		T1		p
	Moyenne ± ET	Rang	Moyenne ± ET	Rang	
BDI	3,667 ± 2,902	0-9	2,167 ± 2,250	0-8	0,108
HAD-D	2,667 ± 2,146	0-8	2,333 ± 2,146	0-7	0,262

Tableau 23 - Comparaison des degrés de dépression selon l'échelle HAD et le BDI en pré (T0) et post (T1) interventionnel chez le groupe Test.

Il n'existe pas de diminution de manière significative entre T0 et T1 chez le groupe test des scores de dépression selon le BDI ($p > 0,05$). Cependant, 4 étudiants passent d'un degré de dépression modéré ou léger à une absence de dépression ; et un étudiant passe d'un degré léger à modéré. Il en est de même pour l'échelle HAD, en effet les étudiants présentent majoritairement une absence de symptomatologie au départ.

4.6.3 Burn-out

MBI	T0		T1		p
	Moyenne ± ET	Rang	Moyenne ± ET	Rang	
EE	16,333 ± 7,190	8-27	13,833 ± 5,606	7-27	0,228
DP	6,417 ± 5,248	0-18	6,833 ± 4,303	1-14	0,408
AP	38,667 ± 8,239	20-48	39,917 ± 6,626	24-48	0,104

Tableau 24 - Comparaison des composantes du MBI en pré (T0) et post (T1) interventionnel chez le groupe Test.

Il n'y a pas de différence significative entre T0 et T1 des scores d'Épuisement Emotionnel, de Dépersonnalisation et d'Accomplissement Personnel selon l'échelle MBI ($p > 0,05$).

4.6.4 Qualité de vie

Les scores de 10 étudiants ont tendance à augmenter ou stagner, alors que pour 2 étudiants leur score baisse.

4.6.5 Suivi de la pratique des exercices d'auto-hypnose chez le groupe test

Etudiants du groupe test	N
1	17
3	10
4	16
5	18
6	16
8	13
10	13
11	12
12	18
13	16
14	10
16	20
Moyenne	15

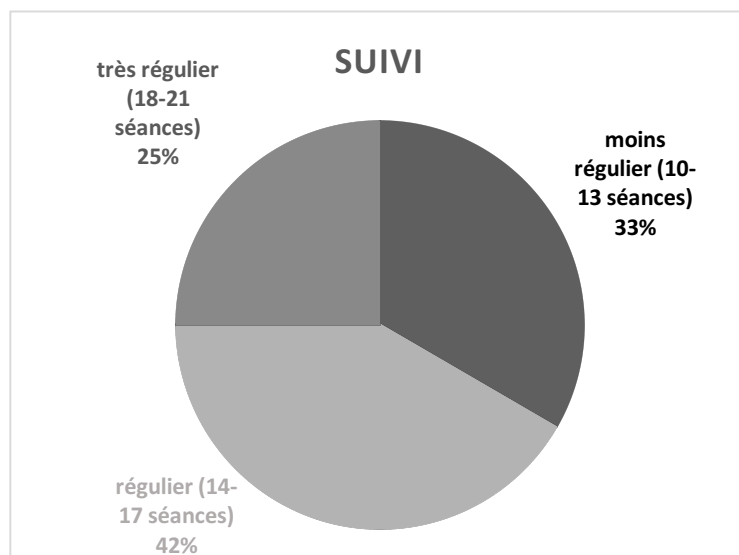


Tableau 25 - Nombre de séances d'auto-hypnose (N) réalisées par chaque étudiant du groupe test et répartition en fonction de la régularité.

Les étudiants ayant réalisé moins de 3 séances d'auto-hypnose par semaine ont été exclus de l'étude.

Parmi les étudiants analysés, la moyenne de réalisation des exercices est de 15 séances durant les trois semaines de formation.

4.6.6 Satisfaction du groupe test concernant leur formation

A l'issue de la formation à l'auto-hypnose,

- 4 étudiants sont très satisfaits ;
- 8 étudiants sont satisfaits ;
- Aucun étudiant ne semble insatisfait.

Concernant leur assiduité, 9 étudiants déclarent ne pas avoir réalisé les exercices tous les jours par manque de temps, 4 par manque de motivation ou d'intérêt, 1 parce que l'exercice était trop difficile.

Concernant leur pratique future de l'auto-hypnose,

- 6 étudiants pensent la pratiquer régulièrement ;
- 6 étudiants pensent la pratiquer occasionnellement ;
- tous les étudiants pensent continuer à exercer l'auto-hypnose.

Concernant, l'utilité de la formation,

- 9 étudiants pensent que la formation leur a été utile ;
- 3 étudiants pensent que la formation leur a été partiellement utile ;
- tous les étudiants pensent que la formation leur a été utile.

Globalement, les étudiants ressentent un bienfait (détente, relaxation, sommeil) et sont intéressés par cette pratique.

4.7 Analyse comparative du groupe TEST et du groupe CONTROLE

4.7.1 Anxiété

- HAD-A

HAD-A	T0	T1
CONTROLE	6,000	5,286
TEST	7,000	5,833
P	0,316	0,836

Tableau 26- Comparaison des moyennes des groupes contrôle et test à T0 et T1 concernant l'HAD-A.

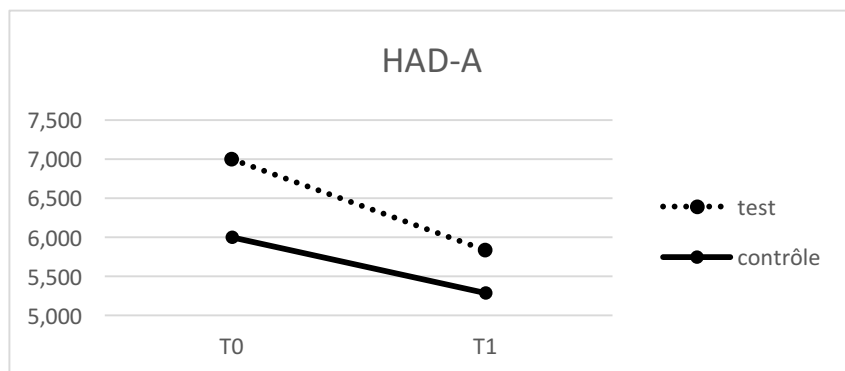


Figure 4 - Evolution des moyennes d'HAD-A entre T0 et T1 chez le groupe contrôle et le groupe test.

Il n'existe pas de différence significative des moyennes d'HAD-A entre le groupe contrôle et le groupe test à T0 et à T1 ($p > 0,05$).

Cependant, la pente de diminution des moyennes entre T0 et T1 chez le groupe test est supérieure au groupe contrôle.

- Anxiété Etat-Générale de Spielberger

		T0	T1
Anxiété-Etat	CONTROLE	44,286	35,143
	TEST	49,083	35,083
	P	0,018	1,000
Anxiété-Générale	CONTROLE	35,571	34,571
	TEST	39,167	35,167
	P	0,257	0,777

Tableau 27 - Comparaison des moyennes des groupes contrôle et test à T0 et T1 concernant l'anxiété état et générale de Spielberger.

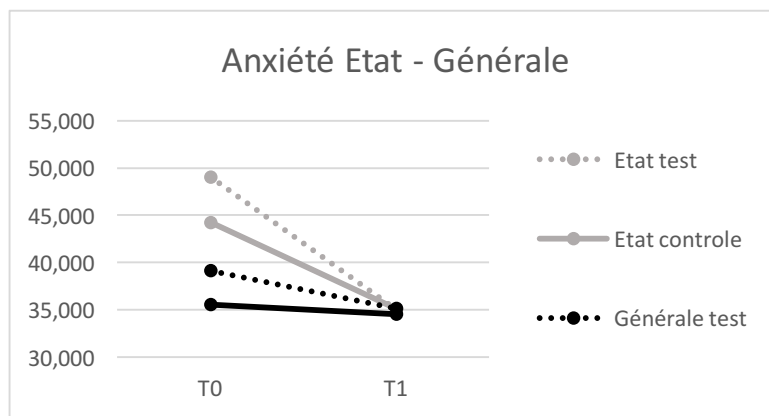


Figure 5 - Evolution des moyennes d'anxiété état et anxiété générale entre T0 et T1 chez le groupe contrôle et le groupe test.

Il n'existe pas de différence significative entre les moyennes d'anxiété état et d'anxiété générale du groupe contrôle et du groupe test à T0 et à T1 ($p > 0,05$).

Cependant, les résultats du groupe test à T0 sont supérieurs à ceux du groupe contrôle et tendent à s'égaliser avec les résultats du groupe contrôle à T1.

4.7.2 Dépression

- BDI

BDI	T0	T1
CONTROLE	1,786	2,071
TEST	3,667	2,167
P	0,117	0,917

Tableau 28 - Comparaison des moyennes des groupes contrôle et test à T0 et T1 concernant le BDI.

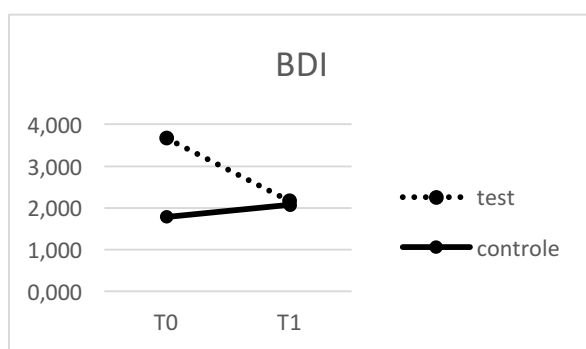


Figure 6 - Evolution des moyennes du BDI entre T0 et T1 chez le groupe contrôle et le groupe test.

Il n'existe pas de différence significative des moyennes de BDI entre le groupe contrôle et le groupe test à T0 et à T1 ($p > 0,05$).

Cependant, les résultats du groupe test à T0 sont supérieurs à ceux du groupe contrôle et tendent à s'égaliser avec les résultats du groupe contrôle à T1.

Les résultats du groupe contrôle à T0 sont inférieurs à ceux du groupe test et sont en augmentation à T1.

- HAD-D

HAD-D	T0	T1
CONTROLE	2,143	1,857
TEST	2,667	2,333
P	0,492	0,690

Tableau 29 - Comparaison des moyennes des groupes contrôle et test à T0 et T1 concernant l'HAD-D.

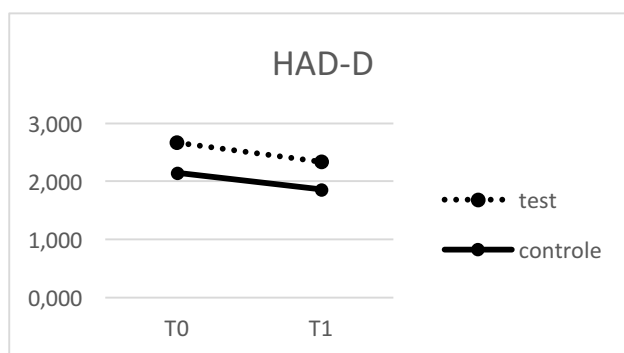


Figure 7 - Evolution des moyennes d'HAD-D entre T0 et T1 chez le groupe contrôle et le groupe test.

Il n'existe pas de différence significative des moyennes d'HAD-D entre le groupe contrôle et le groupe test à T0 et à T1 ($p > 0,05$).

Les résultats du groupe test sont supérieurs à ceux du groupe contrôle à T0 et à T1. Les deux groupes suivent une pente descendante similaire.

4.7.3 Burn-out

MBI		T0	T1
EE	CONTROLE	14,286	14,714
	TEST	16,333	13,833
	p	0,503	0,917
DP	CONTROLE	6,286	5,214
	TEST	6,417	6,833
	p	0,938	0,367
AP	CONTROLE	40,286	40,071
	TEST	38,667	39,917
	p	0,979	0,918

Tableau 30 - Comparaison des moyennes des groupes contrôle et test à T0 et T1 concernant l'Épuisement Emotionnel (EE), la Dépersonnalisation (DP) et l'Accomplissement Personnel (AP).

Il n'existe pas de différence significative des moyennes d'Épuisement Emotionnel (EE), de Dépersonnalisation (DP) et d'Accomplissement Personnel (AP) entre le groupe contrôle et le groupe test à T0 et à T1 ($p > 0,05$).

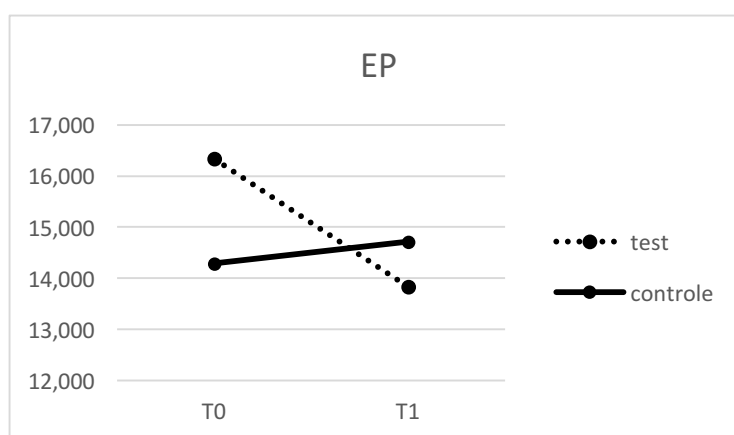


Figure 8 - Evolution des moyennes d'Épuisement Personnel (EP) entre T0 et T1 chez le groupe contrôle et le groupe test.

Les courbes d'évolution de l'épuisement personnel montrent une inversion des tendances : les résultats du groupe test sont supérieurs à ceux du groupe contrôle à T0 et deviennent inférieurs à T1.

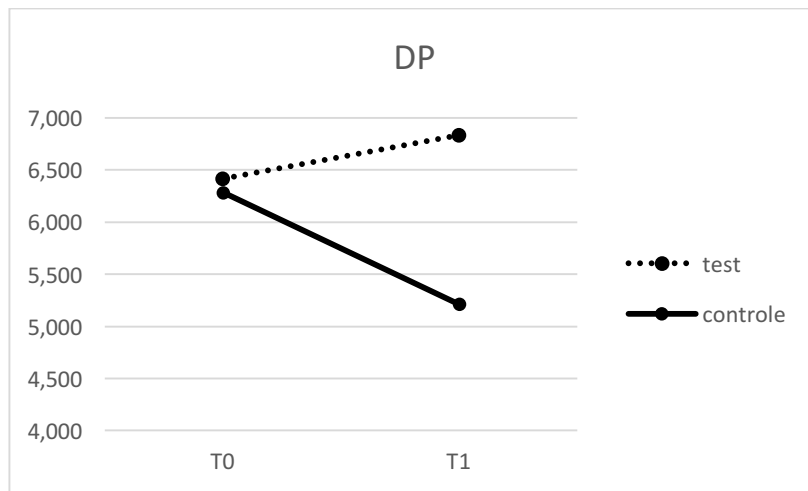


Figure 9 - Evolution des moyennes de Dépersonnalisation (DP) entre T0 et T1 chez le groupe contrôle et le groupe test.

Les moyennes des scores de dépersonnalisation chez le groupe test augmentent légèrement entre T0 et T1 tandis que celles du groupe contrôle diminuent.

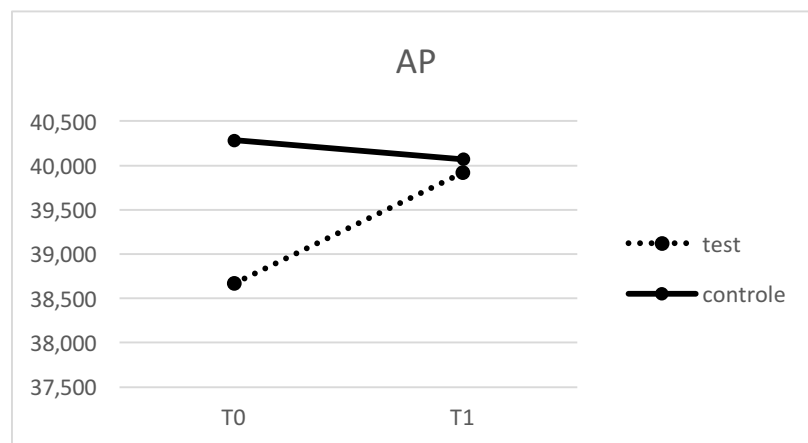


Figure 10 - Evolution des moyennes d'Accomplissement Personnel (AP) entre T0 et T1 chez le groupe contrôle et le groupe test.

Pour rappel, les items d'accomplissement personnel ont une valence positive : des scores élevés signifient un état de burn-out faible ou nul.

Les moyennes des scores d'accomplissement personnel du groupe test diminuent légèrement entre T0 et T1 (régressent) tandis que celles du groupe contrôle augmentent (s'améliorent).

5 DISCUSSION

Les résultats de l'étude montrent qu'outre une diminution significative du degré d'anxiété état, il n'existe pas de différence significative entre T0 et T1 des scores d'HAD, de dépression (BDI) et de burn-out (MBI) chez le groupe contrôle. Les externes en 6ème année d'étude du service d'Odontologie de la Pitié-Salpêtrière ne semblent donc pas être impactés de manière significative par les conditions d'étude et de travail hospitalier sur la période étudiée.

Au contraire, leurs résultats diminuent pour certains scores notamment ceux d'HAD, d'anxiété état et générale, de la composante de dépersonnalisation et d'accomplissement personnel du MBI. Cependant les scores de BDI et de la composante d'épuisement émotionnel augmentent. Les résultats concernant le groupe contrôle pourraient expliquer l'absence d'efficacité significative de la formation à l'auto-hypnose observée chez le groupe test.

En effet, chez le groupe test il n'existe pas de différence significative entre T0 et T1 des scores d'HAD, de dépression (BDI) et des composantes du burn-out.

Toutefois, on observe une différence significative des résultats d'anxiété état, ce résultat corrèle avec celui du groupe contrôle, et d'anxiété générale qui tendent à diminuer.

On note également une amélioration des scores d'HAD, de l'accomplissement personnel et en particulier du BDI et de l'épuisement émotionnel alors que ces derniers régressent chez le groupe contrôle.

La comparaison du groupe test et du groupe contrôle montre également une tendance à une inversion des résultats pour certains scores (BDI, épuisement émotionnel, accomplissement personnel).

De plus, les scores d'HAD-A, d'anxiété état et général du groupe test diminuent avec une pente plus importante que ceux du groupe contrôle.

Les résultats de l'analyse statistique ne montrent pas assez de résultats significatifs, ils ne permettent pas de mettre en évidence une relation significative entre la formation à l'auto-hypnose de 3 semaines des externes en 6ème année de la Pitié-Salpêtrière et leurs degrés d'HAD, de dépression (BDI) et des composantes du burn-out.

Ces résultats pourraient être expliqués par les nombreuses limitations de cette étude avant tout inhérentes à la méthodologie employée.

En effet, la petite taille de l'échantillon et la durée de l'étude peuvent expliquer la faible puissance de l'étude (résultats non significatifs).

Le choix de l'hypnose comme outil d'intervention présente également de nombreux biais.

D'une part, la pratique de l'auto-hypnose demande une implication personnelle de la part des étudiants et d'y consacrer du temps.

Même si nous avons instauré 3 séances de formation, ainsi qu'une feuille de suivi à remplir chaque jour, l'auto-hypnose est une pratique que nous n'avons pu contrôler au quotidien.

D'après le questionnaire de satisfaction, 9 étudiants déclarent ne pas avoir réalisé les exercices tous les jours par manque de temps, 4 par manque de motivation ou d'intérêt, 1 parce que l'exercice était trop difficile.

Les étudiants ont en moyenne réalisé 15 séances d'auto-hypnose (sur 21) durant les trois semaines de formation, cependant 33 % des étudiants n'ont réalisé que 10 à 13 séances d'auto-hypnose, et 3 étudiants ont été considérés comme perdus de vue du fait de leur pratique trop irrégulière (<9 séances).

D'autre part, pour des raisons pratiques, l'étude n'a pas été réalisée en aveugle, en effet les étudiants et les investigateurs connaissaient la nature de l'intervention reçue par les étudiants.

Ainsi la comparabilité des groupes n'est pas optimale. Les étudiants du groupe test n'ont reçu aucune autre formation, ils ont donc connaissance d'être le groupe test.

Les étudiants connaissant les investigateurs, ont pu être influencés par le fait que qu'ils sont leur chef de service et une étudiante de la même année.

Malgré ces limites, les résultats au cas par cas sont très positifs, ils tendent à faire penser que l'utilisation de l'auto-hypnose aurait un effet bénéfique pour les étudiants.

Une étude sur une durée plus longue avec un échantillon plus important nous aurait certainement donné des résultats avec une plus grande puissance. Une évaluation psychologique des étudiants aurait également été judicieuse avant de commencer l'étude afin de cibler les étudiants ainsi que la période de l'étude.

Par exemple, une étude sur « l'apprentissage et la pratique de l'hypnose permettent-ils aux professionnels de santé d'être mieux protégé contre le burn-out ? » a montré que l'état de santé professionnelle entre le début et la fin de la formation, soit 8 mois en moyenne, s'améliore sensiblement et statistiquement et la proportion de soignants présentant un risque potentiel de

rupture due à un burn-out diminue de manière marquée, passant de 40% au démarrage de la formation, à 27% à son terme (près de 2500 réponses) (Virot et Cuna 2018).

Finalement, l'évaluation objective des bienfaits de l'auto-hypnose est difficile car de nombreux facteurs rentrent en jeu. Mais les résultats révèlent certains points positifs comme l'amélioration de la qualité de vie, l'amélioration de leur sommeil, une sensation de détente après les exercices, et un effet de relaxation général en association avec la diminution significative de l'anxiété générale entre T0 et T1.

Tous les étudiants pensent exercer cette pratique de manière régulière ou occasionnelle dans le futur.

6 CONCLUSION

La présence de troubles émotionnels chez les étudiants en chirurgie dentaire est un phénomène pouvant avoir des répercussions à plusieurs niveaux : sur leur vie personnelle et sociale et leur exercice professionnel. Pour les étudiants et praticiens formés, l'hypnose et en particulier l'auto-hypnose peut permettre la prévention et la prise en charge de ces troubles sans risque avéré. Si cette technique fait l'objet de nombreuses études concernant la gestion du stress et de la douleur du patient, les études de son application sur les étudiants et les chirurgiens-dentistes sont moins nombreuses et plus récentes.

Pour rappel notre étude avait comme objectif principal d'évaluer l'intérêt de la pratique de l'auto-hypnose dans la gestion des troubles émotionnels des externes en chirurgie dentaire, en particulier sur les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, et le syndrome d'épuisement professionnel (burn-out). L'objectif secondaire a été d'évaluer l'influence de la pratique de l'auto-hypnose sur la qualité de vie des externes en chirurgie dentaire et leur point de vue concernant leur satisfaction personnelle, l'utilité de la formation et leur usage futur.

Cette étude a prouvé au cas par cas les bénéfices de l'auto-hypnose pour une majorité d'étudiants, d'où leur intérêt unanime pour cette technique. Elle atteint ses limites essentiellement de par la méthodologie employée et la difficulté d'évaluer objectivement les effets de l'hypnose.

Des études complémentaires portant sur l'état psychologique des étudiants en chirurgie dentaire de la faculté de Paris 7 seraient intéressantes pour élaborer des stratégies de prévention et cibler les promotions les plus en danger.

7 BIBLIOGRAPHIE

- Abu-Ghazaleh SB, Rajab LD, Sonbol HN. Psychological stress among dental students at the University of Jordan. *J Dent Educ.* 2011;75(8):1107–1114.
- Adams DF. The embedded counseling model: an application to dental students. *J Dent Educ.* 2017;81(1):29–35.
- Al-Sowygh ZH. Academic distress, perceived stress and coping strategies among dental students in Saudi Arabia. *Saudi Dent J.* 2013;25(3):97-105.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV ; includes ICD-9-CM codes effective 1. Washington, DC; 1998a.
- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux texte révisé. 1998b;:1082.
- Astill S, Ricketts N, Singh L-A, Kurtz D, Gim YH, Huang B. Environmental and perceived stress in Australian dental undergraduates: Preliminary outcomes. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects.* 2016;10(4):270- 9.
- Basudan S, Binanzan N, Alhassan A. Depression, anxiety and stress in dental students. *Int J Med Educ.* 2017;8:179- 86.
- Bathla M, Singh M, Kulhara P, Chandna S, Aneja J. Evaluation of anxiety, depression and suicidal intent in undergraduate dental students: A cross-sectional study. *Contemp Clin Dent.* 2015;6(2):215- 22.
- Beck AT, Beamesderfer A. Assessment of Depression: The Depression Inventory. *Psychol Meas Psychopharmacol.* 1974;7:151- 69.
- Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev.* 1988;8:77- 100.
- Bioy A. Hypnose et douleur : où en est-on ? [Internet]. 2015 [Consulté le 9 juill 2018]. Disponible sur: http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3349/DossierdumoissSFETD/2015/dossier_sfetd_a.bioy_septembre_2015.pdf
- Bioy A, Wood C, Françoise B. Thérapies à médiation corporelle et douleur [Internet]. Ruel-Malmaison: Institut UPSA de la douleur; 2013. Disponible sur : https://www.researchgate.net/profile/Maximilien_Bachelart/publication/256294117_Therapeutic_alliance_pain_and_mind-body_methods_Alliance_therapeutique_douleur_et_methodes_corporelles/links/53ced85f0cf25dc05cfad506.pdf#page=124
- Burghardt S, Koranyi S, Magnucki G, Strauss B, Rosendahl J. Non-pharmacological interventions for reducing mental distress in patients undergoing dental procedures: Systematic review and meta-analysis. *J Dent.* févr 2018;69:22- 31.
- Cercle d'excellence sur les Psychoses. Le DSM-5 [Internet]. 2018 [Consulté le 15 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.cercle-d-excellence-psy.org/informations/cim-et-dsm/dsm-5/>
- CFHTB. Le code éthique de la CFHTB [Internet]. 2018 [Consulté le 8 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.cfhtb.org/confederation/le-code-ethique-de-la-cfhtb/>
- Collet L, Cottraux J. Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items). *L'Encéphale.* 1986;77- 9.
- Corruble E. Les troubles de l'humeur selon le DSM-5 : quelles conséquences prévisibles ? *Eur Psychiatry.* 2013;28(8):34.
- Cottraux J. Inventaire abrégé de dépression de Beck [Internet]. [Consulté le 21 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/docs/inventaire-depression-beck.pdf>
- Debec-Pucelle C. Le burn-out chez les étudiants en chirurgie dentaire [Thèse d'exercice: chirurgie dentaire]. [Nantes]: Université de Nantes. UFR d'Odontologie; 2017.

- Derakshan N, Eysenck MW. Anxiety, processing efficiency and cognitive performance: new developments from attentional control theory. *Eur Psychol.* 2009;168–176.
- Deshpande A, Chari S. Perceived Sources of Stress and Coping Strategies in Dental Students and Interns. *J Psychol.* 2014;5(2):133–141.
- Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Rev Can Sci Comport.* 1994;26(2):210- 27.
- Divaris K., Barlow P. J., Chendea S. A., Cheong W. S., Dounis A., Dragan I. F., et al. The academic environment: the students' perspective. *Eur J Dent Educ.* 2008;12(s1):120- 30.
- Divaris K, Mafla AC, Villa-Torres L, Sánchez-Molina M, Gallego-Gómez CL, Vélez-Jaramillo LF, et al. Psychological distress and its correlates among dental students: a survey of 17 Colombian dental schools. *BMC Med Educ.* 2013;13(1):91.
- Du Perron D, Chami P. 30 jours pour pratiquer l'autohypnose [Internet]. Mango; 2017 [Consulté le 16 avr 2018]. Disponible sur: <https://livre.fnac.com/a10531471/Damien-Du-Perron-30-jours-pour-pratiquer-l-autohypnose>
- Elani HW, Allison PJ, Kumar RA, Mancini L, Lambrou A, Bedos C. A Systematic Review of Stress in Dental Students. *J Dent Educ.* 2014;78(2):226- 42.
- Elkins gary r, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing research and practice: the revised APA Division 30 Definition of hypnosis. *Int J Clin Exp Hypn.* 2015;63(1):1- 9.
- Faymonville M., Fissette J, Mambourd A, Delchambre A, Lamy M. Hypnose, hypnosédation conceptions actuelles et leurs applicaitons en chirurgie plastique. 1994 [Consulté le 1 juill 2018]; Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/9618/1/228.pdf>
- Gautheron M. Le burn-out chez les chirurgiens dentistes [Thèse d'exercice : chirurgie dentaire]. [Lyon]: Université Claude Bernard (Lyon); 2012.
- Ghasemi M, Kharazifard MJK, Lotfollahzadeh H, Kermani-Ranjbar T. Effect of Music Practice on Anxiety and Depression of Iranian Dental Students. *J Dent Tehran Univ Med Sci.* 2017;14(3):138- 43.
- Gorter R, Freeman R, Hammen S, Murtomaa H, Blinkhorn A, Humphris G. Psychological stress and health in undergraduate dental students: fifth year outcomes compared with first year baseline results from five European dental schools. *Eur J Dent Educ.* 1 mai 2008;12(2):61- 8.
- Gorter RC, Eijkman MA, Hoogstraten J. Burnout and health among Dutch dentists. *Eur J Oral Sci.* 2000;108(4):261- 7.
- Graz B, Rodondi P-Y, Bonvin E. Existe-t-il des données scientifiques sur l'efficacité clinique des médecines complémentaires ? *Forum Med Suisse.* 2011;11(45):808- 13.
- Gueguen J, Barry C, Hassler C, Falissard B. Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose [Internet]. 2015 [Consulté le 23 oct 2018]. Disponible sur : https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf
- Haute Autorité de Santé (HAS). Affections psychiatriques de longue durée - Troubles anxieux graves [Internet]. 2007 [Consulté le 17 juill 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
- Haute Autorité de Santé (HAS). Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale [Internet]. 2010 [Consulté le 20 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/outil__echelle_had.pdf
- Haute Autorité de Santé (HAS). Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours [Internet]. 2017a [Consulté le 17 juill 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_pec.pdf

Haute Autorité de Santé (HAS). Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout [Internet]. 2017b [Consulté le 17 juill 2018]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-05/dir56/fiche_memo_burnout.pdf

Inquimbert C, Tramini P, Alsina I, Valcarcel J, Giraudeau N. Perceived Stress among French Dental Students and Their Opinion about Education Curriculum and Pedagogy. *J Int Soc Prev Community Dent*. 2017;7(Suppl 2):S92- 8.

INRS, DGT, Anact. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout Mieux comprendre pour mieux agir [Internet]. 2015 [Consulté le 24 avr 2018]. Disponible sur : http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf

Inserm. BiostaTGV - Statistiques en ligne [Internet]. [s. d.] [Consulté le 20 mai 2018]. Disponible sur: <https://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>

Institut Français d'Hypnose Humaniste & Hypnose Ericksonienne (IFHE). L'Hypnose [Internet]. 2018 [Consulté le 21 oct 2018]. Disponible sur: <http://hypnose-ericksonienne.com/fr/sinformer/lhypnose/>

Katz PC, Stein MB. Les troubles anxieux dans le DSM-5 : Nouvelles règles sur le diagnostic et le traitement. *Troubl Humeur Anxiété Conférences Sci*. 2013;2(3):6.

Langevin V, Boini S, Francois M, Riou A. Risques psychosociaux : outils d'évaluation - Maslach Burn out Inventory. *Réf En Santé Au Trav*. 2012a;(131):157- 9.

Langevin V, Boini S, Francois M, Riou A. Risques psychosociaux : outils d'évaluation. Inventaire d'anxiété État-Trait Forme Y. *Réf En Santé Au Trav*. 2012b;(131):161- 3.

Langevin V, Francois M, Boini S, Riou A. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Doc Pour Médecin Trav*. 2011;(127):481- 5.

Le Galès-Camus C. La santé est l'affaire de tous : les arguments économiques en faveur d'une bonne santé en milieu de travail [Internet]. 2005 [Consulté le 24 avr 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/nmh/about/nmh_ADGspeechMt_fr.pdf

Lelarge E, Prévot-Stimec I. Prendre soin de soi par l'autohypnose. Malakoff: Dunod; 2017. (Mon cahier d'accompagnement).

Lépine J, Godchau M, Brun P. Anxiety and depression in inpatients. *Lancet*. *Lancet*. b 1985a;2(8469- 70):1425- 6.

Lépine J, Godchau M, Brun P, Lempérière T. Évaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Méd Psychol*. a 1985b;143(2):175- 89.

Lloyd C, Musser LA. Psychiatric symptoms in dental students. *J Nerv Ment Dis*. 1989;177(2):61- 9.

Marra D. Rapport sur la qualité de vie des étudiants en santé [Internet]. 2018 [Consulté le 24 juill 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180403_-_rapport_dr_donata_mara.pdf

Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2:99- 113.

Maslach C, Leiter M. Burn-out: le syndrome d'épuisement professionnel. Arènes [Internet]. 2011 [Consulté le 1 sept 2018]; Disponible sur: https://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&as_sdt=0%2C5&q=Citez+directement+Maslach+Ch.+et+Leiter+M.+P.%2C+Burn-out.+Le+syndrome+d%E2%80%99%C3%A9puisement+professionnel%2C+Les+Ar%C3%A8nes%2C+2011%2C+270+p.+&btnG=

Muirhead V, Locker D. Canadian Dental Students' Perceptions of Stress. *J Can Dent Assoc* [Internet]. 2007 [Consulté le 9 avr 2018];73(4). Disponible sur: <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-73/issue-4/323.html>

Newbury-Birch D, Lowry RJ, Kamali F. The changing patterns of drinking, illicit drug use, stress, anxiety and depression in dental students in a UK dental school: a longitudinal study. *Br Dent J*. 2002;192(a):646- 9.

- Ousset M. Prévention et prise en charge du burnout chez le chirurgien-dentiste [Internet]. 2015 [Consulté le 15 mars 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01128525/document>
- Plasschaert AJM, Holbrook WP, Delap E, Martinez C, Walmsley AD, Association for Dental Education in Europe. Profile and competences for the European dentist. *Eur J Dent Educ Off J Assoc Dent Educ Eur*. 2005;9(3):98- 107.
- Polychronopoulou A, Divaris K. Dental Students' Perceived Sources of Stress: A Multi-Country Study | *Journal of Dental Education*. *J Dent Educ*. 2009;73(5):631- 9.
- Pouille J. Perceptions de soi, anxiété et réussite scolaire: l'apprentissage du langage écrit. [Grenoble]; 2017.
- Prato CA. Biofeedback assisted relaxation training program to decrease test anxiety in nursing students [Theses, Dissertations, Professional Papers, and Capstones]. [Las Vegas]: University of Nevada; 2009.
- Prinz P, Hertrich K, Hirschfelder U, de Zwaan M. Burnout, depression and depersonalisation – Psychological factors and coping strategies in dental and medical students. *GMS Z Für Med Ausbild*. 2012;29(1):8- 14.
- Rada RE, Johnson-leong C. Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *Am Dent Assoc* [Internet]. 2004 [Consulté le 2 févr 2018];135. Disponible sur: http://www.saudident.com/album/data/media/17/stress_burnout_anxiety_and_depressionamongdentists.pdf
- Rainville P. Pain Affect Encoded in Human Anterior Cingulate But Not Somatosensory Cortex. *Science*. 15 août 1997;277(5328):968- 71.
- Rainville P, Hofbauer RK, Bushnell MC, Duncan GH, Price DD. Hypnosis Modulates Activity in Brain Structures Involved in the Regulation of Consciousness. *J Cogn Neurosci*. 2002;14(6):887- 901.
- Rainville P, Hofbauer RK, Paus T, Duncan GH, Bushnell MC, Price DD. Cerebral Mechanisms of Hypnotic Induction and Suggestion. *J Cogn Neurosci*. 1999;11(1):110- 25.
- Rajab LD. Perceived sources of stress among dental students at the University of Jordan. *J Dent Educ*. 2001;65(3):232- 41.
- Rajesh S, George R, Manju Anathakrishnan N. The effect of yoga in stress reduction for dental students performing their first periodontal surgery: A randomized controlled study. *Int J Yoga*. 2012;5(1):48- 51.
- Roustang F. Qu'est-ce que l'hypnose ? Paris: Ed. de Minuit; 2003.
- Sebille N. Hypnose: technique thérapeutique dans la prise en charge de l'anxiété en pratique odontologique [Internet] [Thèse d'exercice: chirurgie dentaire]. [Nantes]: Université de Nantes. UFR d'Odontologie; 2007 [Consulté le 16 avr 2018]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=7245ba50-1456-4392-8368-0167df9c82e2>
- Sichère P. Questions posées sur l'hypnose au Dr Jean-Marc Benhaiem. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. 2007;8(5):329- 31.
- Spielberger CD. *Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press; 2013.
- Takayama Y, Miura E, Miura K, Ono S, Ohkubo C. Condition of depressive symptoms among Japanese dental students | SpringerLink. *Odontology* [Internet]. 2011 [Consulté le 2 avr 2018]; Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10266-011-0005-6>
- Tosevski DL, Milovancevic MP, Gajic SD. Personality and psychopathology of university students. *Curr Opin Psychiatry*. 2010;23(1):48.
- Uraz A, Tocak YS, Yozgatlıgil C, Cetiner S, Bal B. Psychological Well-Being, Health, and Stress Sources in Turkish Dental Students. *J Dent Educ*. 2013;77(10):1345- 55.
- Vanhauzenhuysse A, Faymonville M-É. Interet de l'hypnose dans le domaine du soin. *Rev Prat*. 2015;65:3.
- Virost C, Cuna J. Les professionnels de santé en bonne santé - Emergences [Internet]. 2018 [Consulté le 15 oct 2018]. Disponible sur: <https://www.hypnoses.com/bibliotheque-hypnose/les-professionnels-de-sante-en-bonne-sante/>

Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473- 83.

Wild K, Scholz M, Ropohl A, Bräuer L, Paulsen F, Burger PHM. Strategies against Burnout and Anxiety in Medical Education – Implementation and Evaluation of a New Course on Relaxation Techniques (Relacs) for Medical Students. *Plos One*. 2014;9(12):e114967.

Younes M. Burnout et santé perçue des praticiens dentaires et étudiants en Île de France [Thèse d'exercice: chirurgie dentaire]. [Paris]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR d'Odontologie; 2016.

Zeidner M, Matthews G. *Anxiety 101*. New York: Springer Publishing Company; 2010.

Zigmond A. S., Snaith R. P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67(6):361- 70.

8 ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire de suivi

Nom Prénom

J'ai pratiqué l'auto-hypnose pendant 15 minutes

	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3
Mercredi	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Jeudi	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Vendredi	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Samedi	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Dimanche	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Lundi	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Mardi	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Annexe 2 : Exercices de la séance 1 (Lelarge et Prévot-Stimec 2017)

Exercice 1 : le 5 4 3 2 1

Pour revenir ici et maintenant dans le présent, il suffit de nommer vos sensations en portant votre attention sur elles.

Vous vous concentrez sur votre environnement réel et présent.

Vous nommez dans votre tête :

- 5 choses que vous voyez avec vos **yeux**,
- 5 choses que vous entendez avec vos **oreilles**,
- 5 choses que vous sentez avec votre **corps**

Puis :

- 4 choses que vous voyez avec vos **yeux**,
- 4 choses que vous entendez avec vos **oreilles**,
- 4 choses que vous sentez avec votre **corps**.

Puis :

3 choses 2 1....

Notre cerveau conscient ne peut pas faire deux choses en même temps !

Même s'il existe beaucoup de blagues à ce sujet sur les femmes et les hommes, bref... Aussi, si vous portez votre attention (de façon volontaire et en faisant un effort) sur une sensation visuelle (je vois un livre posé sur la table), puis auditive (j'entends ma respiration) puis kinesthésique (je sens ma main posée sur ma cuisse), pendant ce temps-là votre cerveau ne peut pas penser.

Par « porter votre attention sur » nous ne vous demandons pas si le livre vous plait ou si votre respiration est comme ceci ou comme cela. Nous vous demandons un exercice de concentration, de vous focaliser sur une sensation, sans penser.

Si nous vous demandons de ne pas penser, cette consigne simple aura rapidement l'effet inverse. Imaginez quelqu'un qui vous demande de ne pas penser à un éléphant rose... Qu'est ce qui s'allume aussitôt dans votre tête ? Un éléphant rose, c'est instantané. Ce n'est qu'après un effort important que vous pouvez le chasser pour trouver autre chose.

C'est le fait de focaliser sur vos sensations qui va vous aider à arrêter de penser.

- **Focaliser sur une sensation visuelle**

Dans cet exercice, vous posez votre regard sur votre environnement réel, yeux ouverts et vous vous concentrez sur ce qui vient en premier sous vos yeux. Vous le nommez : « je vois la table basse ».

- **Focaliser sur une sensation auditive**

C'est la même chose pour l'audition. Qu'entendez-vous, en ce moment, grâce à vos oreilles ? Nommez-le : « j'entends la tondeuse du voisin ».

- **Focaliser sur une sensation kinesthésique**

Au niveau de votre corps, quelle position corporelle, quelle sensation d'organe, ou quelle sensation sur votre peau ? Nommez-la : « Je sens le cuir du canapé sur ma peau ».

De la même façon que nous ne vous demandons pas dans cet exercice de savoir si le livre posé sur la table vous plait, il est inutile d'interpréter la sensation des organes.

Exercice 2 : me construire un lieu agréable

Nous vous conseillons de lire l'ensemble de l'exercice, qui est assez simple et dont vous pourrez facilement retenir les étapes, puis prendre 15 minutes pour le faire.

Préparation de l'exercice

Installez-vous confortablement dans un endroit calme. Prenez quelques minutes pour réfléchir à un lieu dans lequel vous vous sentez bien. Ce lieu peut être un paysage agréable de nature ou urbaine que vous connaissez. Vous pouvez aussi bien l'inventer. Et, dans ce dernier cas, vous créez alors un endroit unique qui n'appartient qu'à vous. Il est important d'être seule dans ce paysage ou que les personnes présentes (si vous choisissez un paysage urbain par exemple) n'interagissent pas avec vous directement. Cela vous permettra d'être autonome et de mieux répondre à vos besoins.

1. Induction par focalisation sensorielle sur la posture

Une fois le paysage agréable choisi, prenez votre temps et laissez votre attention se porter sur votre position dans le fauteuil. Laissez vos paupières se fermer, si elles le souhaitent, ou bien gardez les yeux ouverts cela n'a aucune importance. Il est probable qu'à un moment donné vos paupières préféreront se fermer d'elles-mêmes.

Comment est le contact de votre dos, de votre bassin, de vos cuisses sur ce fauteuil ? Si besoin ajustez votre position pour encore plus de confort, et donnez-vous la permission de modifier cette position chaque fois que vous en aurez besoin au cours de la séance. C'est très bien d'ajuster votre confort, cela favorise l'exercice.

2. Approfondissement par focalisation sur la respiration

Pendant qu'une partie de votre esprit reste attentif à ce confort et cette détente qui s'installent de façon de plus en plus agréable dans votre corps, laissez une autre partie de votre esprit se porter sur votre respiration pour qu'elle devienne plus profonde et plus ample. Quelle narine reçoit le plus d'air ? La droite ? La gauche ? L'air qui entre dans votre nez est-il frais ? Chaud ? froid ? Sentez-vous le mouvement respiratoire s'installer de façon confortable et ample, et devenir de plus en plus général dans l'ensemble de vos poumons ?

3. Installation visuelle, auditive et kinesthésique dans le lieu agréable.

Laissez cette partie de votre esprit rester attentive à cela, et permettez à une autre partie encore de votre esprit de vous emmener dans ce lieu agréable que vous avez choisi. Laissez votre esprit inconscient vous suggérer des odeurs, des couleurs, des bruits, des sensations agréables venues de ce lieu. Prenez le temps de vous attarder sur des détails (les nuances de vert de la nature, la variation de couleur de la mer, le soleil qui scintille, les sons, les paroles ou bruits de la nature etc.). Laissez le plaisir d'être dans ce lieu se propager dans votre corps.

4. Amplification des sensations confortables

Où ressentez-vous le plus de plaisir, de confort dans votre corps ? Cette partie de votre corps peut apprendre aux autres à ressentir également cette sensation agréable. Laissez votre attention se porter sur l'amplification de ces sensations agréables. Pendant que vous explorez ce lieu, ses sensations, son univers sensoriel, peut-être votre esprit inconscient va-t-il vous surprendre en vous aiguillant sur de nombreux moments où vous avez pu expérimenter ces sensations agréables. Laissez-vous simplement guider.

5. Ancrage du lieu agréable pour le réutiliser plus tard

Lorsque vous avez suffisamment profité de ce moment de confort dans ce lieu agréable, choisissez une image, un objet, un son que vous souhaitez garder comme ancrage pour vous permettre de retourner dans ce lieu chaque fois que vous aurez envie, cela peut être un caillou, la sensation du vent, le bruit des oiseaux ...

6. Retour et utilisation dans le futur

Reprenez maintenant contact avec votre respiration, avec votre position dans le fauteuil. Etirez-vous, prenez une bonne respiration ample et profonde comme après une bonne nuit de sommeil et revenez ici et maintenant, reposé et détendu.

Vous pourrez revenir dans ce lieu agréable chaque fois que vous en aurez besoin, ou envie, vous en connaissez désormais le chemin.

Vous pouvez ainsi, pour plus de rapidité et d'efficacité, rendre concret l'ancrage que vous avez choisi ; pour cela, notez ici l'ancrage de votre lieu agréable. Ecrivez le nom du son, de la musique, faites un dessin du lieu ou de l'objet qui le représente...

De l'autre main, recopiez ce mot ou ce dessin.

Une fois que vous maîtrisez bien l'exercice du 5 4 3 2 1, sur le réel et les sensations présentes, vous pouvez vous entraîner à un autre exercice un peu différent avec votre lieu agréable.

Exercice 3 : Ici... Là-bas...

C'est le même principe que pour le 5 4 3 2 1.

Ici, je vois ... (et vous nommez un élément visuel réel). **Là-bas je vois...** (et vous nommez un élément visuel du lieu agréable) – 3 fois –

Ici, j'entends... (et vous nommez un élément auditif réel). **Là-bas j'entends...** (et vous nommez un élément auditif du lieu agréable) – 3 fois –

Ici, je ressens... **Là-bas je ressens ...** - 3 fois –

Et vous recommencez avec 2 puis 1 élément ...

Cela va permettre de renforcer la présence du lieu agréable par tissage sensoriel entre les éléments du présent et les éléments imaginaires.

Annexe 3 : Exercices de la séance 2 (Du Perron et Chami 2017)

LA MAISON

Posez-vous là, tel que vous êtes. Laissez-vous porter par la chaise ou le fauteuil. Accueillez votre respiration, l'inspiration et l'expiration. À chaque expiration, laissez-vous descendre une marche, tranquillement. Marche après marche, vous allez plus profond dans la détente.

Prenez le temps de vous poser, de vous installer en vous, comme si vous emménagez pour la première fois chez vous, en vous. S'agit-il d'une maison ou d'un appartement ? Imaginez ce que peut être votre espace intérieur : est-il encombré, ou bien vide ? Est-ce confortable, désagréable ou étrange ?

Laissez se déployer un espace qui vous convient, peut-être large et lumineux, ou peut-être plus petit, plus confortable. Voyez, ressentez ce qui vous correspond le mieux, ne gardez que ce que vous aimez vraiment. À partir de cet espace, imaginez votre corps comme la maison que vous habitez, et visitez-la. Peut-être allez-vous découvrir de nouvelles pièces, passez d'une chambre à l'autre, installez-la pour être bien ; peut-être faut-il mettre certaines affaires à la cave ou au grenier ? Ressentez les espaces qui communiquent entre eux, et les ouvertures vers le monde qui vous entoure : mettez-vous à la fenêtre pour contempler le paysage qui s'offre à vous. Prenez le temps qu'il faut pour aménager votre maison, la rendre confortable et conforme à ce que vous êtes.

Et lorsque c'est fait, remontez marche après marche, à chaque inspiration, revenez ici et maintenant, tout à fait satisfait de cet emménagement.

LE JARDIN

Installez-vous confortablement. Portez attention à la respiration : inspirez en ouvrant les yeux, expirez en les fermant. Suivez le rythme de votre respiration habituelle sans rien changer. Observez vos pensées qui s'apaisent progressivement, les paupières qui se font lourdes, les yeux qui se ferment et le bien-être qui s'ensuit.

Descendez dans votre maison, ce lieu que vous avez découvert hier. Mettez-vous aux fenêtres, et observez votre jardin : comment est-il disposé, quels arbres y sont plantés, y a-t-il un puits ? Comment aimeriez-vous qu'il soit ? Peut-être un peu sauvage, ou très ordonné, avec plus de fleurs que d'arbres, ou l'inverse ? Voyez où vous aimez vous tenir, ce que vous aimez y faire. Ce jardin est votre jardin secret, il n'est là que pour vous ; vous pouvez y venir à tout moment, chaque fois que vous en avez besoin. Aimeriez-vous qu'il y ait des animaux ? Lesquels ?

Prenez plaisir à y demeurer, et lorsque cela sera suffisant pour vous, revenez tranquillement en prenant une grande inspiration et en ouvrant les yeux.

L'ARBRE

Vous pouvez, pour cet exercice, rester assis. Toutefois, les sensations sont plus fortes en position debout.

Imaginez que vous êtes un arbre ou laissez venir des sensations d'enracinement. Choisissez un arbre que vous aimez ou quelque chose de complètement imaginaire. Ressentez vos pieds qui s'enfoncent dans le sol comme des racines profondes, certaines droites et d'autres tordues. Peut-être savez-vous que les racines d'un arbre font souvent le double de sa taille. Ces racines sont en relation avec la terre, les rochers, et de ces racines monte la sève. Vous pouvez ressentir cette sève qui monte des racines dans vos pieds, dans vos chevilles, peut-être comme une sensation de chaleur, de fraîcheur, des picotements, ou aucune sensation. Laissez la sève monter le long de vos jambes, de vos genoux, vos cuisses, vos hanches, votre bassin. Puis le long du tronc, remplir le ventre, la poitrine, les épaules, puis la sève descend dans les bras, les avant-bras, les mains. Puis le cou, la tête, le visage : laissez la sève circuler.

Vous êtes bien enraciné, relié à la terre, ouvert vers le ciel, le soleil qui permet la synthèse chlorophyllienne. L'arbre est à la fois relié à ses racines et totalement ouvert vers l'extérieur, tout son environnement, l'air, le vent, le ciel, le cosmos.

Vous pouvez retrouver son parfum suave, celui qui émane du tronc, de l'écorce, de la sève, des bourgeons, des fleurs. Comme un pont, un trait d'union entre le ciel et la terre. Et l'arbre est toujours là, dans le froid et la chaleur, la pluie et la neige, le vent et la tempête. Il est souple et enraciné, il se déploie au printemps avec des fleurs, des bourgeons, des branches neuves. Il protège du soleil en été, puis les feuilles prennent les couleurs de l'automne. L'hiver vient, les feuilles tombent, l'arbre est toujours là, la sève passe au ralenti, pour repartir au printemps. Il est lié aux arbres qui l'entourent, aux plantes qui poussent à son pied. Prenez tout le temps qu'il faut pour ressentir tout ce qu'il y a à ressentir.

Annexe 4 : Exercices de la séance 3 (Du Perron et Chami 2017)

S'accueillir

Installez-vous à l'endroit où vous êtes, comme vous êtes, laissez-vous cueillir dans l'instant présent. Portez attention à chaque point de contact du corps avec le fauteuil ou vous êtes installé. Ressentez comme le corps s'enfoncé dans le fauteuil. Plus vous y portez attention, plus le corps adhère dans le fauteuil. Peut-être vous vient-il à présent la sensation de ne plus pouvoir bouger, vous pouvez même faire l'essai de soulever une main et voir combien cela est difficile. Vous pesez de tout votre poids sur le fauteuil, de plus en plus lourd.

Et vous allez profond à l'intérieur de vous-même, dans cette intériorité silencieuse, prenez conscience de votre présence à vous-même, de la présence de votre être, accueillez-vous tel que vous êtes.

Accueillez-vous sans jugement, élargissez le regard pour vous voir tel que vous êtes sans le moindre murmure. Ouvrez-vous grand les bras pour vous recevoir, vous enlacer, vous retrouver.

Entrez en amitié avec vous-même, accueillez tout de vous : les défauts, les manquements, les faiblesses, et tout ce qui fait de vous l'être merveilleux que vous êtes. Il n'y a rien à rejeter, tout est à garder. Vous faites un avec vous-même.

Vous êtes en train de faire la paix entre le corps et l'âme. Laissez cela se densifier en vous comme la conscience de la densité de tout votre être.

Vous allez revenir à présent, en reprenant petit à petit la possession de vos mouvements et en gardant la joie de ces retrouvailles avec vous-même.

Le sourire

Asseyez-vous confortablement. Fixez un point comme vous avez maintenant l'habitude de le faire. Fermez les yeux, accueillez la sensation des paupières détendues. Laissez cette sensation diffuser dans les muscles du visage.

Doucement, cette détente laisse se dessiner un sourire sur les lèvres. Ce sourire est pour vous, il vous est adressé. Laissez ce sourire se diffuser sur tout le visage. Puis laissez-le respirer en vous, pénétrer les poumons, les bronches, les bronchioles, suivre le chemin de l'oxygène dans l'artère pulmonaire, passer dans le cœur, sentez ce sourire battre avec le cœur, et passer dans tous les vaisseaux pour irriguer les organes, les cellules.

Laissez maintenant ce sourire descendre dans l'estomac, et tout le long du tube digestif. Partout où il passe, toutes les fonctions du corps sont plus fluides, plus faciles. Promenez ce sourire à l'arrière, dans les épaules, les bras, les avant-bras, les mains. Laissez-le rejoindre la colonne, descendre dans le bassin, puis dans les cuisses, les jambes, les pieds.

Votre corps n'est plus qu'un sourire qui rayonne sur votre peau, autour de vous. Gardez ce sourire tout au long de cette journée, présent à vous-même, présent à tous ceux que vous croiserez. Vous pourrez le retrouver à volonté chaque fois que vous le désirerez.

Annexe 5 : Questionnaire d'évaluation du groupe test à T1

Evaluation anxiété, burn out, dépression n°2

Bonjour et merci pour votre investissement tout au long de l'étude. Voici les questionnaires de fin. Merci de bien vouloir répondre aux différents questionnaires.

*Obligatoire

1. Adresse e-mail *

2. Nom Prénom *

3. Age *

4. Sexe *

Une seule réponse possible.

- Femme
 Homme

5. J'ai un trouble psychiatrique ou je suis sous traitement psychiatrique ou autre intervention psychologique *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non, je suis en bonne santé générale
 Non mais je possède d'autres problèmes de santé

Questionnaire HAD

6. 1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e) *

Une seule réponse possible.

- La plupart du temps
 Souvent
 De temps en temps
 Jamais

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti *

Une seule réponse possible.

- Presque toujours
 Très souvent
 Parfois
 Jamais

14. 9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué *

Une seule réponse possible.

- Jamais
 Parfois
 Assez souvent
 Très souvent

15. 10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence *

Une seule réponse possible.

- Plus du tout
 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais
 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention
 J'y prête autant d'attention que par le passé

16. 11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place *

Une seule réponse possible.

- Oui, c'est tout à fait le cas
 Un peu
 Pas tellement
 Pas du tout

17. 12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses *

Une seule réponse possible.

- Autant qu'avant
 Un peu moins qu'avant
 Bien moins qu'avant
 Presque jamais

18. 13. J'éprouve des sensations soudaines de panique *

Une seule réponse possible.

- Vraiment très souvent
 Assez souvent
 Pas très souvent
 Jamais

7. 2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois *

Une seule réponse possible.

- Oui, tout autant
 Pas autant
 Un peu seulement
 Presque plus

8. 3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver *

Une seule réponse possible.

- Oui, très nettement
 Oui, mais ce n'est pas trop grave
 Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
 Pas du tout

9. 4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses *

Une seule réponse possible.

- Autant que par le passé
 Plus autant qu'avant
 Vraiment moins qu'avant
 Plus du tout

10. 5. Je me fais du souci *

Une seule réponse possible.

- Très souvent
 Assez souvent
 Occasionnellement
 Très occasionnellement

11. 6. Je suis de bonne humeur *

Une seule réponse possible.

- Jamais
 Rarement
 Assez souvent
 La plupart du temps

12. 7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e) *

Une seule réponse possible.

- Oui, quoi qu'il arrive
 Oui, en général
 Rarement
 Jamais

19. 14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision *

Une seule réponse possible.

- Souvent
 Parfois
 Rarement
 Très rarement

Questionnaire d'anxiété Etat de Spielberger

Ne passez pas trop de temps sur chacun des points, mais donnez la réponse qui semble décrire le mieux CE QUE VOUS RESSENTEZ LORSQUE VOUS ETES A L'HOPITAL.

20. 1. Je me sens calme *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout
 Un peu
 Modérément
 Beaucoup

21. 2. Je me sens sur de moi *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout
 Un peu
 Modérément
 Beaucoup

22. 3. Je suis tendu *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout
 Un peu
 Modérément
 Beaucoup

23. 4. Je me sens contraint *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout
 Un peu
 Modérément
 Beaucoup

24. **5. Je me sens à mon aise ***
Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

25. **6. Je me sens bouleversé ***
Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

26. **7. Je m'inquiète à l'idée de malheurs possibles ***
Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

27. **8. Je me sens satisfait ***
Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

28. **9. J'ai peur ***
Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

29. **10. Je me sens bien ***
Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

36. **17. Je suis inquiet ***
Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

37. **18. Je me sens troublé ***
Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

38. **19. Je me sens stable ***
Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

39. **20. Je me sens dans de bonnes dispositions ***
Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

Questionnaire d'anxiété générale de Spielberg

Ne passez pas trop de temps sur chacun des points, mais donnez la réponse qui semble décrire le mieux CE QUE VOUS RESSENTEZ GÉNÉRALEMENT.

40. **1. Je me sens dans de bonnes dispositions ***
Une seule réponse possible.

- Presque jamais
- Parfois
- Souvent
- Presque toujours

30. **11. J'ai confiance en moi ***
Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

31. **12. Je me sens nerveux ***
Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

32. **13. Je suis agité ***
Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

33. **14. Je me sens indécis ***
Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

34. **15. Je suis détendu ***
Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

35. **16. Je suis content ***
Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un peu
- Modérément
- Beaucoup

41. **2. Je me sens nerveux et agité ***
Une seule réponse possible.

- Presque jamais
- Parfois
- Souvent
- Presque toujours

42. **3. Je suis content de moi ***
Une seule réponse possible.

- Presque jamais
- Parfois
- Souvent
- Presque toujours

43. **4. Je voudrais être aussi heureux que les autres semblent l'être ***
Une seule réponse possible.

- Presque jamais
- Parfois
- Souvent
- Presque toujours

44. **5. Je me sens un raté ***
Une seule réponse possible.

- Presque jamais
- Parfois
- Souvent
- Presque toujours

45. **6. Je me sens paisible ***
Une seule réponse possible.

- Presque jamais
- Parfois
- Souvent
- Presque toujours

46. **7. Je suis calme, détendu et de sang froid ***
Une seule réponse possible.

- Presque jamais
- Parfois
- Souvent
- Presque toujours

47. **8. J'ai l'impression que les difficultés se multiplient à un point tel que je ne peux les surmonter ***

Une seule réponse possible.

- Presque jamais
 Parfois
 Souvent
 Presque toujours

48. **9. Je m'inquiète trop à propos de choses qui n'en valent pas la peine ***

Une seule réponse possible.

- Presque jamais
 Parfois
 Souvent
 Presque toujours

49. **10. Je suis heureux ***

Une seule réponse possible.

- Presque jamais
 Parfois
 Souvent
 Presque toujours

50. **11. J'ai des pensées qui me tourmentent ***

Une seule réponse possible.

- Presque jamais
 Parfois
 Souvent
 Presque toujours

51. **12. Je manque de confiance en moi ***

Une seule réponse possible.

- Presque jamais
 Parfois
 Souvent
 Presque toujours

52. **13. Je suis sur de moi ***

Une seule réponse possible.

- Presque jamais
 Parfois
 Souvent
 Presque toujours

58. **19. Je suis quelqu'un de calme ***

Une seule réponse possible.

- Presque jamais
 Parfois
 Souvent
 Presque toujours

59. **20. Je suis tendu ou agité dès que je réfléchis à mes soucis et problèmes actuels ***

Une seule réponse possible.

- Presque jamais
 Parfois
 Souvent
 Presque toujours

BECK Depression Inventory questionnaire (BDI)

Pour chaque série, lisez les 4 propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel.

60. **Q1 ***

Une seule réponse possible.

- Je ne me sens pas triste
 Je me sens cafardeux ou triste
 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir
 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

61. **Q2 ***

Une seule réponse possible.

- Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir
 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir
 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer
 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

62. **Q3 ***

Une seule réponse possible.

- Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie
 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens
 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs
 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants)

53. **14. Je prends facilement des décisions ***

Une seule réponse possible.

- Presque jamais
 Parfois
 Souvent
 Presque toujours

54. **15. Je ne me sens pas à la hauteur ***

Une seule réponse possible.

- Presque jamais
 Parfois
 Souvent
 Presque toujours

55. **16. Je suis content ***

Une seule réponse possible.

- Presque jamais
 Parfois
 Souvent
 Presque toujours

56. **17. Des pensées sans importance me trottent dans la tête et me tracassent ***

Une seule réponse possible.

- Presque jamais
 Parfois
 Souvent
 Presque toujours

57. **18. Je ressens les contretemps si fortement que je ne peux les chasser de mon esprit ***

Une seule réponse possible.

- Presque jamais
 Parfois
 Souvent
 Presque toujours

63. **Q4 ***

Une seule réponse possible.

- Je ne me sens pas particulièrement insatisfait
 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances
 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit
 Je suis mécontent de tout

64. **Q5 ***

Une seule réponse possible.

- Je ne me sens pas coupable
 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
 Je me sens coupable
 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien

65. **Q6 ***

Une seule réponse possible.

- Je ne suis pas déçu par moi-même
 Je suis déçu par moi-même
 Je me dégoûte moi-même
 Je me hais

66. **Q7 ***

Une seule réponse possible.

- Je ne pense pas à me faire du mal
 Je pense que la mort me libérerait
 J'ai des plans précis pour me suicider
 Si je le pouvais, je me tuerais

67. **Q8 ***

Une seule réponse possible.

- Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de sentiments pour eux
 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement

68. **Q9 ***
Une seule réponse possible.
- Je suis capable de me décider aussi facilement que coutume
 - J'essaie de ne pas avoir à prendre décision
 - J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions
 - Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision

69. **Q10 ***
Une seule réponse possible.
- Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant
 - J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux
 - J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux
 - J'ai l'impression d'être laid et repoussant

70. **Q11 ***
Une seule réponse possible.
- Je travaille aussi facilement qu'avant
 - Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
 - Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit
 - Je suis incapable de faire le moindre travail

71. **Q12 ***
Une seule réponse possible.
- Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude
 - Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
 - Faire quoi que ce soit me fatigue
 - Je suis incapable de faire le moindre travail

72. **Q13 ***
Une seule réponse possible.
- Mon appétit est toujours aussi bon
 - Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude
 - Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant
 - Je n'ai plus du tout d'appétit

Echelle MBI (Maslach Burn Out Inventory)

Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes.

73. **1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail ***
Une seule réponse possible.
- Jamais
 - Quelques fois par an
 - Une fois par mois
 - Quelque fois par mois
 - Une fois par semaine
 - Quelque fois par semaine
 - Chaque jour

74. **2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail ***
Une seule réponse possible.
- Jamais
 - Quelques fois par an
 - Une fois par mois
 - Quelques fois par mois
 - Une fois par semaine
 - Quelques fois par semaine
 - Chaque jour

75. **3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail ***
Une seule réponse possible.
- Jamais
 - Quelques fois par an
 - Une fois par mois
 - Quelques fois par mois
 - Une fois par semaine
 - Quelques fois par semaine
 - Chaque jour

76. **4. Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent ***
Une seule réponse possible.
- Jamais
 - Quelques fois par an
 - Une fois par mois
 - Quelques fois par mois
 - Une fois par semaine
 - Quelques fois par semaine
 - Chaque jour

77. **5. Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets ***
Une seule réponse possible.
- Jamais
 - Quelques fois par an
 - Une fois par mois
 - Quelques fois par mois
 - Une fois par semaine
 - Quelques fois par semaine
 - Chaque jour

78. **6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort ***
Une seule réponse possible.
- Jamais
 - Quelques fois par an
 - Une fois par mois
 - Quelques fois par mois
 - Une fois par semaine
 - Quelques fois par semaine
 - Chaque jour

79. **7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients ***
Une seule réponse possible.
- Jamais
 - Quelques fois par an
 - Une fois par mois
 - Quelques fois par mois
 - Une fois par semaine
 - Quelques fois par semaine
 - Chaque jour

80. **8. Je sens que je craque à cause de mon travail ***
Une seule réponse possible.
- Jamais
 - Quelques fois par an
 - Une fois par mois
 - Quelques fois par mois
 - Une fois par semaine
 - Quelques fois par semaine
 - Chaque jour

81. **9. J'ai l'impression à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens ***
Une seule réponse possible.
- Jamais
 - Quelques fois par an
 - Une fois par mois
 - Quelques fois par mois
 - Une fois par semaine
 - Quelques fois par semaine
 - Chaque jour

82. **10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail ***
Une seule réponse possible.
- Jamais
 - Quelques fois par an
 - Une fois par mois
 - Quelques fois par mois
 - Une fois par semaine
 - Quelques fois par semaine
 - Chaque jour

83. **11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement ***
Une seule réponse possible.
- Jamais
 - Quelques fois par an
 - Une fois par mois
 - Quelques fois par mois
 - Une fois par semaine
 - Quelques fois par semaine
 - Chaque jour

84. **12. Je me sens plein(e) d'énergie ***
Une seule réponse possible.
- Jamais
 - Quelques fois par an
 - Une fois par mois
 - Quelques fois par mois
 - Une fois par semaine
 - Quelques fois par semaine
 - Chaque jour

85. 13. Je me sens frustré(e) par mon travail *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

86. 14. Je sens que je travaille "trop dur" dans mon travail *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

87. 15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

88. 16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

89. 17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

90. 18. Je me sens ragillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

91. 19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

92. 20. Je me sens au bout du rouleau *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

93. 21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement *

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

94. 22. J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes

Une seule réponse possible.

- Jamais
- Quelques fois par an
- Une fois par mois
- Quelques fois par mois
- Une fois par semaine
- Quelques fois par semaine
- Chaque jour

Questionnaire SF-12 de qualité de vie générale

95. 1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est: *

Une seule réponse possible.

- Excellente
- Très bonne
- Bonne
- Médiocre
- Mauvaise

96. 2. En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour: *

Une seule réponse possible par ligne.

	Où, beaucoup	Où, un peu limité	Non, pas du tout limité
des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
monter plusieurs étages par l'escalier?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

97. 3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique: *

Une seule réponse possible par ligne.

	Toujours	La plupart du temps	Souvent	Parfois	Jamais
avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
avez-vous été limité pour faire certaines choses?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

98. 4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé): *

Une seule réponse possible par ligne.

	Toujours	La plupart du temps	Souvent	Parfois	Jamais	Colonne 6
avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaité?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

99. 5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques? *

Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- Un petit peu
- Moyennement
- Beaucoup
- Enormément

100. 6. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée. Y a-t-il eu des moments où: *

Une seule réponse possible par ligne.

	Toujours	La plupart du temps	Souvent	Parfois	Jamais
vous vous êtes senti calme et détendu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vous vous êtes senti débordant d'énergie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vous vous êtes senti triste et abattu?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

101. 7. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances? *

- Une seule réponse possible.
- Toujours
 - La plupart du temps
 - Souvent
 - Parfois
 - Jamais

Merci pour votre participation et votre motivation. Encore quelques questions ...

102. A l'issue de la formation, êtes vous satisfait des méthodes utilisées? *

- Une seule réponse possible.
- Pas du tout satisfait
 - Pas satisfait
 - Satisfait
 - Très satisfait

103. Si non, pourquoi ?

104. Si vous n'avez pas pu pratiquer l'auto-hypnose tous les jours, est-ce le plus souvent: *

- Une seule réponse possible.
- par manque de temps
 - par manque de motivation ou d'intérêt
 - parce que l'exercice est trop difficile
 - Autre : _____

105. A l'issue de la formation, pensez vous continuer à exercer l'auto hypnose ? *

- Une seule réponse possible.
- Occasionnellement
 - Régulièrement
 - Non

106. Pourquoi? *

107. Pensez - vous que la formation vous a été utile? *

- Une seule réponse possible.
- Oui
 - Partiellement
 - Non

108. Pourquoi? *

109. Cette formation a-t-elle changé quelque chose pour vous ? *

- Une seule réponse possible.
- Oui
 - Non

110. Si oui, quoi ?

FIN

Pour ceux qui le désirent, je vous donnerai vos résultats individuels dans quelques semaines. Merci pour votre participation et votre motivation.

Fourni par
 Google Forms

Annexe 6 : Note d'information et consentement éclairé

LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX ETUDIANTS POUR PARTICIPATION A L'ETUDE CLINIQUE

Chers confrères,

Nous vous proposons de participer à l'étude suivante : Evaluation de l'intérêt de l'auto-hypnose dans la gestion des troubles émotionnels des étudiants en chirurgie dentaire : étude clinique prospective chez des externes en odontologie du GHPS (Groupe Hospitalier de la Pitié-Salpêtrière).

BUT DE L'ETUDE

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'intérêt de la pratique de l'auto-hypnose dans la gestion des troubles émotionnels des étudiants en chirurgie-dentaire, en particulier sur l'anxiété, le burn out et la dépression. Ainsi que l'influence de l'auto-hypnose sur la qualité de vie.

DEROULEMENT DE L'ETUDE

L'étude se déroulera durant votre semestre à la Pitié Salpêtrière avec un groupe test recevant 3 séances de formation à l'auto-hypnose avec le Professeur Vianney Descroix et un groupe contrôle ne recevant pas de formation.

Tous les étudiants participant à l'étude, groupe test et groupe contrôle, devront répondre à des questionnaires standardisés sur internet au début (12 février) et à la fin de l'étude (26 mars)

Les étudiants du groupe test recevront une formation à l'auto-hypnose dispensée par le Pr V. Descroix en 3 séances et s'engagent à pratiquer l'auto-hypnose 15 minutes par jour du 7 mars 2018 au 26 mars 2018 :

- 1ère séance (45min) – 7 Mars 2018 18h30
- 2ème séance (45min) – 14 Mars 2018 18h30
- 3ème séance (45min) – 21 Mars 2018 18h30

CONFIDENTIALITE

Toute information vous concernant recueillie pendant cette étude sera traitée de façon confidentielle. Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données.

Si vous avez des questions pendant votre participation à cette étude, vous pourrez contacter l'étudiant responsable de l'étude, Audrey Zaquine, tél : 0625061627.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT
ECLAIRE**

Je soussigné(e) (*nom et prénom*),

accepte de participer à l'étude *Evaluation de l'intérêt de l'auto-hypnose dans la gestion des troubles émotionnels de l'étudiant en chirurgie dentaire: étude clinique prospective chez des externes en odontologie du GHPS (Groupe Hospitalier la Pitié-Salpêtrière)*.

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été remise.

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire.

Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à l'étude qui m'est proposée.

Fait à,

Le

Nom et signature de l'investigateur

Signature de la personne se prêtant à l'étude

9 TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Moyenne d'âge dans le groupe test et le groupe contrôle.	38
Tableau 2 - Répartition des étudiants en fonction du sexe dans le groupe test et le groupe contrôle	38
Tableau 3 - Scores des étudiants du groupe Contrôle pour les différents questionnaires à T0 et T1.	39
Tableau 4 - Répartition des étudiants du groupe Contrôle (n=14) selon leur niveau d'anxiété à T0 et T1 d'après l'échelle HAD.	40
Tableau 5 - Répartition des étudiants du groupe Contrôle (n=14) selon leur degré d'anxiété Etat à T0 et T1 d'après l'échelle d'anxiété Etat de Spielberger.	40
Tableau 6- Répartition des étudiants du groupe Contrôle (n=14) selon leur degré d'anxiété Générale à T0 et T1 d'après l'échelle d'anxiété Générale de Spielberger.	41
Tableau 7 - Répartition des étudiants du groupe Contrôle (n=14) selon leur degré de dépression à T0 et T1 d'après le BDI.	41
Tableau 8 - Répartition des étudiants du groupe Contrôle (n=14) selon leur degré de dépression à T0 et T1 d'après l'échelle HAD.	42
Tableau 9 - Répartition des étudiants du groupe Contrôle (n=14) selon leurs scores d'Épuisement Emotionnel (EE), de Dépersonnalisation (DP) et d'Accomplissement Personnel (AP) à T0 et T1 d'après le MBI.	42
Tableau 10 - Répartition des étudiants du groupe Contrôle (n=14) selon leur niveau de qualité de vie par rapport à la moyenne (=34) à T0 et T1.	43
Tableau 10 - Comparaison des degrés d'anxiété selon les échelles HAD, anxiété état et générale de Spielberger en pré (T0) et post (T1) interventionnel chez le groupe Test (avec ET=Ecart type).	43
Tableau 11 - Comparaison des degrés de dépression selon l'échelle HAD et le BDI en pré (T0) et post (T1) interventionnel chez le groupe Test.	44
Tableau 12 - Comparaison des composantes du MBI en pré (T0) et post (T1) interventionnel chez le groupe Test.	44
Tableau 13 - Scores des étudiants du groupe Test pour les différents questionnaires à T0 et T1.	45
Tableau 14 - Répartition des étudiants du groupe Test (n=12) selon leur niveau d'anxiété à T0 et T1 d'après l'échelle HAD.	46
Tableau 15 - Répartition des étudiants du groupe Test (n=12) selon leur degré d'anxiété Etat à T0 et T1 d'après l'échelle d'anxiété Etat de Spielberger.	46

Tableau 16- Répartition des étudiants du groupe Test (n=12) selon leur degré d'anxiété Générale à T0 et T1) d'après l'échelle d'anxiété Générale de Spielberger.	47
Tableau 17 - Répartition des étudiants du groupe Test (n=12) selon leur degré de dépression à T0 et T1 d'après le BDI.	47
Tableau 18 - Répartition des étudiants du groupe Test (n=12) selon leur degré de dépression à T0 et T1 d'après l'échelle HAD.	48
Tableau 19 - Répartition des étudiants du groupe Test (n=12) selon leurs scores d'Épuisement Emotionnel (EE), de Dépersonnalisation (DP) et d'Accomplissement Personnel (AP) à T0 et T1 d'après le MBI.	48
Tableau 21 - Répartition des étudiants du groupe Test (n=12) selon leur niveau de qualité de vie par rapport à la moyenne (=34) à T0 et T1.	49
Tableau 20 - Comparaison des degrés d'anxiété selon les échelles HAD, anxiété état et générale de Spielberger en pré (T0) et post (T1) interventionnel chez le groupe Test....	49
Tableau 21 - Comparaison des degrés de dépression selon l'échelle HAD et le BDI en pré (T0) et post (T1) interventionnel chez le groupe Test.	50
Tableau 22 - Comparaison des composantes du MBI en pré (T0) et post (T1) interventionnel chez le groupe Test.	50
Tableau 23 - Nombre de séances d'auto-hypnose (N) réalisées par chaque étudiant du groupe test et répartition en fonction de la régularité.	51
Tableau 24- Comparaison des moyennes des groupes contrôle et test à T0 et T1 concernant l'HAD-A.	52
Tableau 25 - Comparaison des moyennes des groupes contrôle et test à T0 et T1 concernant l'anxiété état et générale de Spielberger.	53
Tableau 26 - Comparaison des moyennes des groupes contrôle et test à T0 et T1 concernant le BDI.	53
Tableau 27 - Comparaison des moyennes des groupes contrôle et test à T0 et T1 concernant l'HAD-D.	54
Tableau 28 - Comparaison des moyennes des groupes contrôle et test à T0 et T1 concernant l'Épuisement Emotionnel (EE), la Dépersonnalisation (DP) et l'Accomplissement Personnel (AP).	55

10 TABLE DES FIGURES

Figure 1- Les phases d'une séance d'autohypnose d'après Ernest Rossi (Lelarge et Prévot-Stimec 2017).....	25
Figure 2- Récapitulatif du protocole de l'étude et calendrier de l'étude.....	30
Figure 3 - Diagramme de flux des effectifs de l'étude.....	37
Figure 4 - Evolution des moyennes d'HAD-A entre T0 et T1 chez le groupe contrôle et le groupe test.....	52
Figure 5 - Evolution des moyennes d'anxiété état et anxiété générale entre T0 et T1 chez le groupe contrôle et le groupe test.....	53
Figure 6 - Evolution des moyennes du BDI entre T0 et T1 chez le groupe contrôle et le groupe test.....	54
Figure 7 - Evolution des moyennes d'HAD-D entre T0 et T1 chez le groupe contrôle et le groupe test.....	54
Figure 8 - Evolution des moyennes d'Epuisement Personnel (EP) entre T0 et T1 chez le groupe contrôle et le groupe test.....	55
Figure 9 - Evolution des moyennes de Dépersonnalisation (DP) entre T0 et T1 chez le groupe contrôle et le groupe test.....	56
Figure 10 - Evolution des moyennes d'Accomplissement Personnel (AP) entre T0 et T1 chez le groupe contrôle et le groupe test.....	56

Les opinions émises dans les dissertations présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, sans aucune approbation ni improbation de la Faculté de Chirurgie Dentaire.

ZAQUINE Audrey. Evaluation de l'intérêt de l'auto-hypnose dans la gestion des troubles émotionnels des étudiants en chirurgie dentaire : étude clinique prospective chez des externes en odontologie du Groupe Hospitalier la Pitié-Salpêtrière. 2018. 82 p. : ill., graph., tabl. Réf. Biblio. : 60-64.

Sous la direction du Professeur Vianney DESCROIX.

Th : Chir Dent. : Paris 7 : année 2018

RESUME :

Plusieurs travaux en Europe et aux Etats-Unis ont montré que les études en chirurgie dentaire étaient associées au développement de troubles émotionnels chez les étudiants, notamment à l'apparition de troubles anxieux, dépressifs et du syndrome d'épuisement professionnel (burn-out).

La prévention de l'apparition de ces troubles est un élément essentiel. L'hypnose est aujourd'hui une méthode validée médicalement dans la prévention et l'accompagnement des personnes souffrant de troubles anxieux et/ou de l'humeur. L'auto-hypnose en particulier permettrait aux étudiants l'application de l'hypnose sans l'intervention d'un professionnel de santé et, jour après jour, une autonomie dans la pratique de l'hypnose, un auto-contrôle de leur bien-être psychologique.

Une étude clinique prospective chez les externes de sixième année de chirurgie dentaire du Service d'Odontologie du Groupe Hospitalier la Pitié-Salpêtrière a été réalisée pendant 3 semaines avec un groupe test recevant une formation à l'auto-hypnose et un groupe contrôle ne recevant pas de formation.

Au début et à la fin de l'étude, les étudiants seront évalués par des questionnaires standardisés sur le burn-out (MBI), l'anxiété (HAD, STAI) et la dépression (BDI) afin d'étudier l'éventuelle influence de la pratique de l'auto-hypnose sur les troubles émotionnels des étudiants externes au GHPS sur cette période donnée.

TITRE en anglais : Effectiveness of self-hypnosis on anxiety, depression and burn-out of french dental students : a prospective study.

DISCIPLINE : Psychologie médicale

MOTS-CLES Français : troubles anxieux (FMeSH) ; anxiété (FMeSH) ; troubles de l'humeur (FMeSH) ; dépression (FMeSH) ; épuisement professionnel (FMeSH) ; hypnose (FMeSH) ; auto-hypnose.

MOTS-CLES Anglais : anxiety disorders (MeSH) ; anxiety (MeSH) ; mood disorders (MeSH) ; depression (MeSH) ; burnout, professional (MeSH) ; hypnosis (MeSH) ; self-hypnosis.