

Année : 2021

N° 3696

**Origine de la peur face aux soins dentaires,
représentations et recommandations actuelles
sur la prise en charge du patient anxieux ou
phobique**

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

*Présentée
et soutenue publiquement par*

HUGNET Marine

Le 29/01/2021 devant le jury ci-dessous :

Président : Monsieur le Professeur Assem SOUEIDAN

Assesseur : Madame le Docteur Bénédicte ENKEL

Assesseur : Madame le Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Assesseur : Madame le Docteur Fabienne JORDANA

Directeur de thèse : Madame le Docteur Bénédicte ENKEL

UNIVERSITE DE NANTES	
<u>Président</u> Pr BERNAULT Carine	
FACULTE DE CHIRURGIE DENTAIRE	
<u>Doyen</u> Pr GIUMELLI Bernard	
<u>Assesseurs</u> Dr RENAUDIN Stéphane Pr SOUEIDAN Assem Pr WEISS Pierre	
PROFESSEURS DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.	
Mme ALLIOT-LICHT Brigitte M. AMOURIQ Yves M. BADRAN Zahi M. GIUMELLI Bernard M. LABOUX Olivier M. LE GUEHENNEC Laurent	M. LESCLOUS Philippe Mme LOPEZ-CAZAUX Serena Mme PEREZ Fabienne M. SOUEIDAN Assem M. WEISS Pierre
PROFESSEURS DES UNIVERSITES	
M. BOULER Jean-Michel	
MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES	
Mme VINATIER Claire	
PROFESSEURS EMERITES	
M. JEAN Alain	
ENSEIGNANTS ASSOCIES	
M. GUIHARD Pierre (Professeur Associé) Mme LOLAH Aoula (Assistant Associé)	
MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES C.S.E.R.D.	ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES DES C.S.E.R.D.
M. AMADOR DEL VALLE Gilles Mme ARMENGOL Valérie Mme BLERY Pauline M. BODIC François Mme CLOITRE Alexandra Mme DAJEAN-TRUTAUD Sylvie M. DENIS Frédéric Mme ENKEL Bénédicte M. GAUDIN Alexis M. HOORNAERT Alain Mme HOUCHMAND-CUNY Madline Mme JORDANA Fabienne M. LE BARS Pierre M. NIVET Marc-Henri M. PRUD'HOMME Tony Mme RENARD Emmanuelle M. RENAUDIN Stéphane Mme ROY Elisabeth M. STRUILLLOU Xavier M. VERNER Christian	M. ALLIOT Charles Mme ARRONDEAU Mathilde Mme BARON Charlotte M. BOUCHET Xavier Mme CLOUET Roselyne M. GUIAS Charles Mme HASCOET Emilie Mme HEMMING Cécile M. HIBON Charles M. HUGUET Grégoire M. KERIBIN Pierre M. OUVRARD Pierre M. RETHORE Gildas M. SERISIER Samuel Mme TISSERAND Lise
PRATICIENS HOSPITALIERS	
Mme DUPAS Cécile (Praticien Hospitalier) Mme BRAY Estelle (Praticien Hospitalier Attaché) Mme LEROUXEL Emmanuelle (Praticien Hospitalier Attaché)	Mme QUINSAT Victoire (Praticien Hospitalier Attaché) Mme RICHARD Catherine (Praticien Hospitalier Attaché) Mme HYON Isabelle (Praticien Hospitalier Contractuel)

Par délibération, en date du 6 décembre 1972, le conseil de la faculté de Chirurgie dentaire a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'il n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Assem SOUEIDAN

Professeur des Universités.

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherche Dentaires.

Docteur de l'Université Nantes.

Habilité à Diriger les Recherches, PEDR

Chef du département de Parodontologie

Référent de l'Unité d'Investigation Clinique Odontologique

-NANTES-

Monsieur le professeur, je tiens à vous remercier de l'honneur que vous me faites de présider le Jury de cette thèse.

Je vous témoigne ma grande admiration pour toutes les connaissances et techniques que vous m'avez enseignée.

Trouvez ici ma profonde reconnaissance et mon respect.

A Madame la Docteur Bénédicte ENKEL

Docteur de l'université de Nantes.

Ancien interne des hôpitaux de Nantes.

Maître de conférences des universités.

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignements et de Recherche Dentaires.

Département d'Odontologie Conservatrice et d'Endodontie.

-NANTES-

Docteur, je vous adresse mes plus sincères remerciements pour m'avoir soutenue et guidée tout du long de ce travail qui me tenait à cœur.

Votre enseignement ainsi que vos nombreux conseils m'ont permis de m'aiguiller quant à la prise en charge des patients au cours de mes années universitaires. Je vous remercie pour avoir su transmettre une approche des soins basée sur l'écoute, la compréhension et la compassion.

Je vous témoigne donc ma gratitude ainsi que mon profond respect pour vos qualités humaines, pédagogiques et odontologiques.

A Madame la Docteur Sylvie DAJEAN-TRUTAUD

Maître de Conférences des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherches Dentaires.

Docteur de l'Université de Nantes.

Chef du Département d'Odontologie Pédiatrique.

-NANTES-

Je vous remercie d'honorer ce travail de votre attention en ayant accepté de participer au jury de cette thèse.

Soyez assurée de toute ma gratitude et de ma sincère considération.

A Madame la Docteur Fabienne JORDANA

Maître de Conférences des Universités

Praticien Hospitalier des Centres de Soins d'Enseignement et de Recherches Dentaires.

Docteur de l'Université de Bordeaux.

Habilité à Diriger les Recherches

Département de Sciences Anatomiques et Physiologiques, Occlusodontiques, Biomatériaux, Biophysique, Radiologie.

-NANTES-

Je suis sensible de l'intérêt que vous portez à ce sujet en acceptant d'intégrer le jury de ma thèse.

Je vous témoigne ma profonde reconnaissance pour votre spontanéité, ainsi que l'expression de mon grand respect après ces années d'études passées à vos côtés.

Sommaire

Sommaire	8
I. La peur au fil du temps :	10
A) La peur du dentiste au travers l’histoire	10
B) Les représentations actuelles du chirurgien-dentiste :	14
II. Quelques termes :	19
A) La peur :	19
B) L’anxiété :	19
C) L’angoisse :	20
D) La phobie :	20
E) Prévalence:	20
III. Comment reconnaître un patient anxieux ou phobique ?	21
A) La communication :	21
B) Échelle de mesure et questionnaires :	21
C) Les signes physiques :	31
D) Le comportement du patient au fauteuil :	32
IV. Les différentes étiologies possibles de la peur et de l’anxiété face aux soins dentaires :	33
A) Peur générale face aux soins dentaires :	33
B) Peur spécifique face aux soins dentaires :	35
C) Peur sociale :	37
V. Les conséquences de l’odontophobie :	38
A) Impact sur l’état dentaire :	38
B) Impact sur l’état général :	38
C) Impact psycho-social :	39
VI. Recommandations concernant la prise en charge du patient anxieux ou phobique :	39
A) Préconisations concernant l’environnement du cabinet dentaire :	39
B) Gestion de la peur des soins dentaires chez le patient adulte :	41
C) Gestion chez l’enfant :	48
VII. Prise en charge pharmacologique des patients anxieux ou phobiques :	50
A) La prémédication sédatrice :	50
B) Anesthésie de contact et anesthésie locale :	52

C) Sédation consciente :	52
D) L'anesthésie générale :	53
VIII. Conclusion :	54
Références bibliographiques :	55
Table des illustrations :	66

I. La peur au fil du temps :

A) La peur du dentiste au travers l'histoire

Les problèmes dentaires ne sont pas rares et remontent bien loin dans notre histoire. En effet, dès l'époque préhistorique, les chasseurs-cueilleurs présentaient des résorptions alvéolaires, des lésions carieuses et de fait, une perte de l'intégrité structurale de leurs dents. (1)

Environ vers 5000 ans avant J.C, les Babyloniens invoquaient leur dieu Enki contre le ver responsable des maux de dents. Cette croyance fut d'ailleurs très tenace puisqu'elle continua d'exister au cours du Moyen-Age et même à la renaissance. (2)

Par conséquent, différentes médications et prises en charge furent instaurées, toutes variant selon les époques. Nombre de pratiques menées au cours du temps ont alors fait naître et décuplé la peur à l'égard du chirurgien-dentiste.

o Au cours l'antiquité :

Datant de 1500 ans avant J.C, le papyrus d'Ebers fournit une multitude de renseignements concernant la médecine générale et la dentisterie. Les remèdes alors évoqués s'avèrent être à base d'incantations, de magie, et de plantes. (2)

Des pratiques toutes plus inquiétantes les unes que les autres ont ensuite vu le jour :

- En Égypte ancienne, les accidents de la dentition étaient traités par l'ingestion de souris cuites écorchées. (3)
- En Grèce antique, on faisait alors venir de l'urine d'espagnol en provenance de Barcelone ou de Tarragone pour soigner les maux de dents. (2)
- Certains remèdes pouvaient même contenir des cendres de têtes de chiens morts, ou encore des vers de terre bouillis dans de l'huile. (2)
- Les Romains, quant à eux, remplissaient la cavité de la carie d'une poudre composée d'excréments de souris et de foie de lézard qu'ils recouvraient ensuite de cire. (3)

o Au cours du Moyen-Age :

Lors de cette période, l'art dentaire était réalisé à la fois par des barbiers et des charlatans. Les barbiers exerçaient leur art, mais s'adonnaient aussi à la chirurgie. En effet, demeurant soumise à des interdits religieux et universitaires, la chirurgie ne pouvait être pratiquée par les médecins. Les charlatans, quant à eux, ont nettement contribué à salir la réputation du chirurgien-dentiste puisqu'ils œuvraient davantage pour tromper le patient et empocher son argent. (3,4)

Quelques personnalités se sont néanmoins distinguées au cours de cette époque :

Rhazès, le premier médecin arabe s'étant intéressé aux dents, était persuadé que l'odontalgie cessait dès lors que la couronne était supprimée. Une autre méthode consistait même à faire éclater la dent à l'aide de vinaigre très fort ou de salpêtre. (3)

Avicenne, lui, pratiquait la trépanation de la couronne afin de libérer les humeurs qui provenaient de l'inflammation pulpaire. (3)

Notons bien que la première anesthésie locale à base de cocaïne a fait sa parution en 1889 et que l'ensemble des soins décrits ici devaient procurer d'insupportables douleurs pour le patient. (3)

Les dents peuvent donc être source d'ignobles souffrances. D'ailleurs, certaines tortures intéressaient la zone bucco-dentaire. Le martyr de sainte Apolline en est l'illustration. Ses persécuteurs frappèrent ses mâchoires et firent sauter ses dents. La malheureuse préféra alors se jeter dans un bûcher déjà allumé et brûla vive. (3)



Figure 1: Le Martyre de Sainte Apollonia, autel des Onze-Mille-Vierges (1513), Münster von Heilsbronn (église abbatiale de Heilsbronn), Heilsbronn, Bavière, Allemagne.

○ **Au cours de la renaissance :**

Le savoir médical s'étend plus largement à la renaissance grâce aux nombreuses recherches sur l'anatomie, jusqu'à présent restreintes par les autorités ecclésiastiques. De même, les connaissances sont plus largement transmises avec l'essor de l'imprimerie. (5)

Ambroise Paré, célèbre barbier né en 1510, s'est beaucoup intéressé à la chirurgie. Il procédait donc aux extractions des dents en utilisant pour se faire toute sorte d'instruments. Parmi eux, le Tiretoir (semblable à l'ustensile utilisé pour enfoncer les cercles de tonneaux), le levier (tel que des « pieds-de-biche ») ou encore le Pélican. Bien souvent hélas, la dent causale n'était pas seule à être extraite. Les dents voisines et des fragments de mâchoire se voyaient également arrachés. Par ailleurs, Ambroise Paré décrivait des soins selon de vieux procédés, tels que la cautérisation au fer rouge ainsi que le traitement à base d'ail ou d'oignon pour tuer le ver qui rongait la dent. (2,3)

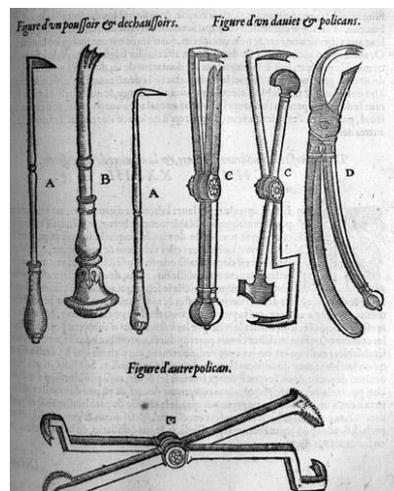


Figure 2: Instruments dentaires d'Ambroise Paré

Pierre Fauchard, considéré comme le père de la chirurgie dentaire moderne, recommandait tout de même des *animalia excreta* (excrément animal) ainsi que de l'urine de jeune garçon. (3)

Lazare Rivière, quant à lui, calmait les rages de dents en appliquant directement ses remèdes dans le conduit auditif externe, puisqu'il supposait que les veines nourricières des dents traversaient l'oreille. (3)

À partir du 18 août 1792, un décret annonce la suppression des titres et diplômes. Les facultés et les corps savants ferment, annonçant le retour des charlatans. On voit alors nombre d'entre eux mêler jeu de foire et « soins dentaires ». **Jean Thomas** par exemple se déplaçait avec des musiciens dans un char d'acier et faisait retentir une énorme cloche à chaque extraction. Avec lui, il remorquait une sorte de « véhicule-affiche » couvert d'inscriptions publicitaires afin d'attirer la foule.



Figure 3: Le grand Thomas sur le Pont-Neuf. BN Estampes

Fauchard dénonça le subterfuge des charlatans qui prétendaient extraire des dents sans la moindre douleur à l'aide de leur sabre. « Ils tiennent dans la main une dent toute prête enveloppée dans une membrane très fine contenant du sang de poulet. Ils introduisent leur main dans la bouche du prétendu malade et y laissent la dent qu'ils tenaient cachée ; après quoi, ils n'ont qu'à faire semblant de toucher la dent avec la pointe de leur épée, puis font sonner la clochette et le patient crache aux yeux des badauds ébahis une dent et du sang à pleine bouche » (3)



Figure 4: Le dentiste par VILLAIN 1825. BN Estampes

On peut donc aisément comprendre les aprioris négatifs à l'encontre des chirurgiens-dentistes, a priori alimentés largement par ces pratiques charlatanesques qui entachent encore aujourd'hui notre profession.

Il faudra attendre le 30 novembre 1892 que la loi Brouardel stipule que nul ne peut exercer la profession de dentiste sans être muni de diplômes de docteur en médecine ou de chirurgien-dentiste. (6)

B) Les représentations actuelles du chirurgien-dentiste :

1) Au travers les expressions et citations :

De nos jours, nous entendons encore bien souvent toutes sortes de remarques à la connotation dépréciative concernant le dentiste. Il va de soi que ces propos entretiennent les craintes et peuvent même en susciter des nouvelles concernant les soins dentaires.

La plus connue d'entre elles reste l'expression « *mentir comme un arracheur de dents* ». Bien qu'elle n'est actuellement plus justifiée, elle reste ancrée dans l'inconscient collectif et continue de ternir la probité de la profession de chirurgien-dentiste. (7)

D'autres expressions en rapport avec les dents ont une connotation péjorative, telles que : (8)

« *Avoir la dent dure* », « *Avoir une dent contre quelqu'un* », « *Œil pour œil, dent pour dent* », « *Se casser les dents* ».

C'est également sans compter certaines paroles prononcées par des personnalités célèbres et colportées par les médias, qui n'aident en rien à redorer le blason du dentiste :

Alex Métayer, humoriste français né en 1930 disait : « *il y a trois choses qu'on ne peut pas regarder en face : le soleil, la mort et le dentiste* ».

Un autre humoriste, Lewis Grizzard, disait : quand *un dentiste dit « ça risque de faire un peu mal »*, c'est qu'il entend par là : « *à quelle hauteur pouvez-vous sauter ?* »

Doug Larson, chroniqueur et rédacteur en chef de l'avocat Door County, a dit : « *Plus décourageant que le rendez-vous fixé dans deux mois chez le dentiste, celui qu'on obtient pour le lendemain.* »

2) Au travers les bandes dessinées :

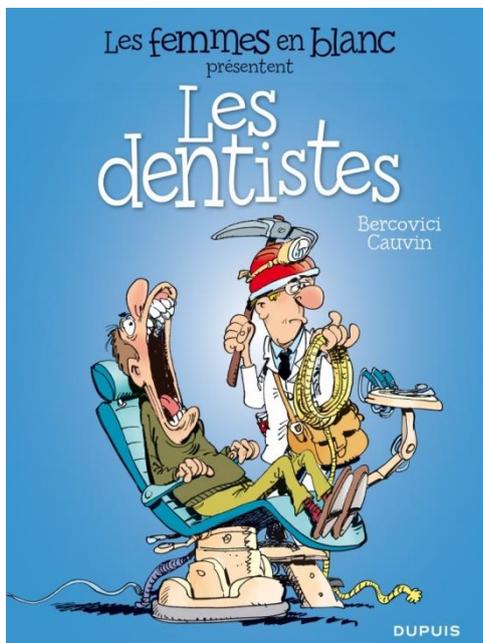
Considérée comme le « neuvième art », la bande dessinée retranscrit nombres de caricatures et représentations sur l'odontologie. Au travers elle, les stéréotypes à l'encontre du dentiste sont entretenus et continuent de nourrir les appréhensions de certains patients.



Dans cette caricature issue de « la vie de bagnard d'un métropolitain à Kourou », le dessinateur Yvern a représenté le dentiste comme un individu de petite taille, hargneux et angoissant. On le voit debout sur son patient, muni d'un marteau piqueur pour extraire une dent, et hermétique à la souffrance de celui-ci. Le pauvre homme se débat, hurle et saigne abondamment.

Malgré le caractère humoristique ici présent, on comprend aisément comment une telle image peut décrédibiliser la profession de chirurgien-dentiste et susciter la peur chez nos patients. (9)

Figure 5: "La vie de bagnard d'un métropolitain à Kourou" de Yvern



Ici, Bercovici Cauvin met en scène un dentiste étonnement représenté avec une pioche, une corde et une lampe frontale. Encore une fois, le cliché est extrapolé. Les instruments mis en avant ne sont pas ceux véritablement utilisés par le praticien, pourtant le patient pourra se les représenter comme tels. (10)

Figure 6: "les dentistes" Bercovici Cauvin



Figure 7 : "Spirou et les Hommes-Bulles" Jean Roba et André Franquin

Dans « Spirou et les hommes bulles », le héros passe par une fenêtre et découvre un cabinet dentaire qu'il associe à un laboratoire pour « pratiquer de monstrueuses opérations ». Là encore, l'auteur entretient la crainte du dentiste en associant le cabinet dentaire à un lieu de torture. (11)



Figure 8: "Adèle Blanc-Sec: le mystère des profondeurs" Jacques Tardi

Dans cette vignette provenant de « Adèle Blanc-Sec : le mystère des profondeurs », on voit une jeune femme en salle d'attente qui entend les hurlements du patient en consultation avec le dentiste. La souffrance au cabinet apparaît ici comme inévitable, alors que la dentisterie moderne a fait d'énormes progrès pour apporter un meilleur confort aux patients et les soulager au mieux. Aller chez le dentiste de nos jours ne devrait plus signifier « avoir mal » aux yeux de nos patients... (12).

Clairement, il demeure une discordance entre les efforts déployés par les chirurgiens-dentistes pour améliorer la prise en charge de la douleur et de l'anxiété des patients et la représentation de ceux-ci concernant les soins bucco-dentaires.



Figure 9: "Pauvre, pauvre Lampil!" Journal de Spirou. LAMBIL

La même idée est pointée du doigt dans cette case. Le praticien semble dénué d'empathie et ordonne à son patient de ne pas bouger, tandis que ce dernier souffre le martyre. Notons ici que le dentiste réalise une anesthésie locale. Cet acte est de fait diabolisé puisqu'il ne provoque en réalité pas de douleurs épouvantables. Cela favorise donc les craintes que peut entretenir le patient, notamment lors de l'étape de la « piqûre ». (13)



Figure 10 : « Les aventures de Korrigan: l'arracheur de dents"
FRANZ et VICQ



Dans « les aventures de Korrigan - l'arracheur de dents », on retrouve le charlatan qui, sur la grande place, annonce qu'il peut travailler sans qu'aucune douleur ne soit ressentie. Un homme dans la foule le traite alors de menteur. Un vieil homme souffrant d'une terrible rage de dents se fait soigner par lui. De toute évidence, l'arracheur de dents ignore les pratiques de la dentisterie. Il tire sur la dent comme un fou et s'acharne, tandis que le vieillard, en position d'infériorité, souffre tellement qu'il semble comme sur le point de perdre connaissance. (14)

3) Au travers la filmographie :

Il y a hélas bon nombre de films mettant en scène le chirurgien-dentiste comme un persécuteur.



En 1996, Brian Yuzna réalise un film d'horreur nommé : « the Dentist ». Le praticien souffre alors de troubles de la personnalité et va se lancer dans une véritable boucherie en torturant ses patients à l'aide des instruments tels que : la turbine, le davier, etc. (15)

Le film a assez de succès pour que le réalisateur décide de tourner « the Dentist 2 » qui sort à l'affiche en 1998. Cette fois, le dentiste psychopathe s'échappe de l'asile et reprend ses habitudes en passant de la torture la plus sadique aux meurtres les plus horribles. (16)

Figure 11 : " The Dentist"
Brian Yuzna



Un étrange film musical américain réalisé par Frank Oz du nom de « Little shop of horrors » permet de voir un dentiste représenté comme un tyran. Il est violent, fait souffrir ses patients, et continue de chanter comme si tout allait pour le mieux.(17)

Figure 12 : "Little shop of horrors" Franck
Oz



Dans « Marathon Man » sorti en 1976, une scène se déroule également avec un dentiste. Ce dernier ressemble davantage à un agent des services secrets et procure de vives douleurs lors de son intervention sur le personnage principal. (18)

Figure 13 : "Marathon man" John
Schlesinger



« The Root of the problem », un court métrage réalisé par Gregory Tripi, met également en avant un dentiste soupçonné de cacher un épouvantable secret. La scène dans le cabinet est alors oppressante et angoissante. Le praticien ne semble pas humain et s'apparente à un monstre. (19)

Figure 14 : "The Root of the problem" Gregory Tripi

Tout ceci contribue à alimenter chez la population, au mieux la méfiance, au pire la peur irrationnelle à l'encontre des soins dentaires. Ceci explique par ailleurs que cette appréhension se retrouve chez des patients qui n'ont jamais eu d'expériences antérieures de soins traumatisants.

II. Quelques termes :

Avant de poursuivre plus loin, il est important de définir certaines terminologies afin de mieux comprendre le ressenti de nos patients.

A) La peur :

Selon une approche globale, la peur est considérée comme « un sentiment de forte inquiétude, d'alarme, en présence ou à la pensée d'un danger, d'une menace ». (20)

D'un point de vue psychologique, il s'agit d'un état émotionnel stressant et spécifique qui se met en place dès lors que nous sommes confrontés à un danger. Bien souvent, de nombreuses réactions vont accompagner cet état, tels que des tremblements, des sueurs, une accélération du pouls, etc. La peur reste toutefois une émotion normale qui se veut bénéfique pour l'individu puisqu'elle le conduit à éviter le danger. Néanmoins, lorsqu'elle devient la conséquence de phobies ou d'un état chronique d'anxiété, elle est considérée comme pathologique. (21)

B) L'anxiété :

L'anxiété, quant à elle, est définie comme : « une inquiétude pénible, tension nerveuse, causée par l'incertitude, l'attente ». C'est un trouble émotionnel qui se traduit par un sentiment d'insécurité. (20)

Encore une fois, l'anxiété est phénomène normal. En revanche, elle peut devenir excessive et sera donc considérée comme pathologique. On parlera de « troubles anxieux ». Les sujets atteints sont alors envahis par un sentiment d'inconfort ou de peur anticipative démesurée. Certains psychiatres assimilent cela à une « peur sans objet ». (22)

C) L'angoisse :

Il s'agit d'un « sentiment pénible d'alerte psychique et de mobilisation somatique devant une menace ou un danger indéterminés et se manifestant par des symptômes neurovégétatifs caractéristiques ». (20)

D) La phobie :

La phobie est « une crainte injustifiée et déraisonnable d'objets, d'êtres ou de situations dont le sujet reconnaît l'illogisme ». Cela peut entraîner une paralysie dans le champ de l'action et également une inhibition dans celui de la pensée. Le sujet se sent alors impuissant face à cet état. (23)

La phobie propre à la dentisterie est nommée « odontophobie ». Elle rentre alors dans la catégorie des phobies spécifiques.

Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV (DSM-IV), la phobie spécifique est caractérisée par « une peur intense, irraisonnée et persistante causée par la présence ou l'anticipation d'un objet ou d'une situation spécifique ». (24)

E) Prévalence:

L'odontophobie représente l'une des phobies les plus fréquentes. En effet, une étude menée aux Pays-Bas a rapporté que celle-ci dépassait les dix autres phobies spécifiques évoquées dans le DSM-IV. Par exemple, on note une prévalence de 3,7% contre 3,1% pour l'acrophobie (phobie de la hauteur), et contre 2,7% pour l'arachnophobie (phobie des araignées).

La prévalence de la peur liée aux soins dentaires, quant à elle, serait estimée à 24,3%. (25)

Une autre étude menée en Iran a montré que, malgré les avancées technologiques de la dentisterie moderne, la prévalence de l'anxiété liée aux soins était de 58,8%. (26)

En Australie, on estime entre 7,8% et 18,8% la part de population ayant peur d'aller chez le dentiste, et entre 0,9% et 5,4% celle atteinte de phobie liée aux soins dentaires. Bien évidemment, de nombreuses disparités ont été observées. En effet, les femmes seraient plus anxieuses que les hommes. Les patients très jeunes et les séniors à l'inverse, auraient tendance à être beaucoup moins craintifs. (27)

Ces résultats variables peuvent s'expliquer par la diversité culturelle d'un pays à un autre et par l'utilisation de questionnaires de mesure différents d'une étude à l'autre.

III. Comment reconnaître un patient anxieux ou phobique ?

Les recommandations internationales actuelles soulignent le fait qu'il est important d'évaluer le patient et également d'identifier les raisons de sa peur. Cela nous permettra alors d'adopter la stratégie qu'il convient, propre à notre patient. Pour réaliser cette évaluation, des outils valides sont alors nécessaires.

En tant que chirurgiens-dentistes, nous sommes amenés à côtoyer une patientèle relativement variée. Il convient donc d'adapter notre prise en charge en fonction de nos patients ; raison pour laquelle il est primordial de repérer ceux qui viennent nous voir « à reculons ».

A) La communication :

L'une des méthodes les plus simples reste évidemment la communication. Il est important d'établir une véritable relation entre le praticien et le patient afin d'installer un climat de confiance. De fait, il n'est donc pas rare que certains patients nous avertissent de leurs craintes dès le début du rendez-vous. Parfois même, il est possible que ce soit le praticien qui l'interroge sur le sujet si ce dernier pressent une angoisse chez son patient.

De plus, il a été montré que les patients qui se sentent à l'aise dans la communication avec leur praticien présentent un bon niveau de satisfaction concernant leur rendez-vous, ainsi qu'un niveau de peur plus faible. (28)

B) Échelle de mesure et questionnaires :

1) Pour mesurer le niveau de peur chez l'adulte :

○ **Dental anxiety Scale (DAS de Corah) :**

Il s'agit d'une échelle d'autoévaluation permettant de mesurer l'anxiété liée aux soins dentaires. Établie par Corah en 1969, elle reste encore aujourd'hui la plus utilisée et répandue.

Il s'agit d'un questionnaire composé de 4 questions, offrant chacune 5 possibilités de réponses. Le score final varie alors de 4 à 20. Un score compris entre 13 et 14 témoigne d'une anxiété modérée, tandis qu'un score supérieur à 15 rapporte une anxiété sévère (29). De façon plus générale, un patient est considéré comme phobique si son score est compris entre 17 et 20. (30)

Cependant, de nombreux problèmes ont été rencontrés. En fonction des questions, on demandait au patient de décrire son ressenti sur une situation bien précise, puis sur une éventuelle situation à venir. Par ailleurs, les propositions de réponses associées aux scores semblaient davantage considérées comme des éléments qualitatifs que quantitatifs. (31)

(Une seule réponse par question; le score global correspond à la somme des scores obtenus pour chaque question)

Question N°1: Si vous deviez aller chez le dentiste demain, comment vous sentiriez-vous ?

Question N°2 : Chez le dentiste, lorsque vous attendez votre tour pour passer sur le fauteuil, comment vous sentez-vous ?

Question N°3: Lorsque vous êtes installé(e) dans le fauteuil, en attendant que le (la) dentiste prépare la fraise avec laquelle il (elle) s'apprête à soigner vos dents, comment vous sentez-vous ?

Question N°4: Lorsque vous êtes assis(e) sur le fauteuil pour un nettoyage de vos dents, pendant que le (la) dentiste prépare les instruments qu'il (elle) va utiliser pour racler vos dents à côté des gencives, comment vous sentez-vous ?

Propositions de réponse pour la question 1 :

Je penserai que cela va être une expérience assez agréable (score 1) / Cela me serait indifférent (score 2) / J'aurai peur que cela soit désagréable et douloureux (score 3) / J'aurai terriblement peur de ce que le dentiste pourra faire (score 4).

Propositions de réponse pour les questions 2-4 :

Détendu(e) (score 1) / Pas tout à fait à l'aise (score 2) / Tendu(e) (score 3) / Angoissé(e) (score 4) / Je serais tellement anxieux(se) que certaines fois je pourrais transpirer ou avoir presque envie de vomir (score 5).

Figure 15 : "Dental anxiety Scale" Corah

o **Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) :**

En 1995, Humphris décide de créer le MDAS pour pallier aux problèmes rencontrés dans le DAS. Cette fois, le patient doit choisir une réponse allant de « l'absence d'anxiété » à une « anxiété extrême ».

Dans ce questionnaire-ci, les mêmes questions que celles du DAS sont utilisées et reformulées. En outre, une composante concernant l'injection d'anesthésie locale a été ajoutée dans le dernier item. On obtient donc 5 questions avec 5 choix possibles de réponses. Le score final varie entre 5 et 25. Si le total est supérieur ou égal à 19, alors le patient souffre d'une anxiété élevée, certainement une phobie dentaire.

Le MDAS représente une amélioration significative par rapport au DAS. (31,32)

POURRIEZ-VOUS NOUS DIRE VOTRE NIVEAU D'ANXIÉTÉ, SI C'EST LE CAS, LORS DE VOTRE VISITE CHEZ LE DENTISTE ?

VEUILLEZ INDIQUER EN NOTANT 'X' DANS LA CASE APPROPRIÉE

Si vous devez rendre visite à votre dentiste pour un TRAITEMENT DEMAIN, comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux Légèrement anxieux Assez anxieux Très anxieux Extrêmement anxieux

Si vous êtes assis dans la SALLE D'ATTENTE (en attente de votre traitement), comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux Légèrement anxieux Assez anxieux Très anxieux Extrêmement anxieux

Si l'on est sur le point de vous FRAISER UNE DENT, comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux Légèrement anxieux Assez anxieux Très anxieux Extrêmement anxieux

Si l'on est sur le point de vous DÉTARTRE ET DE VOUS POLIR LES DENTS, comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux Légèrement anxieux Assez anxieux Très anxieux Extrêmement anxieux

Si vous êtes sur le point de recevoir une INJECTION ANÉSTHÉSIQUE LOCALE dans votre gencive, au-dessus d'une dent supérieure à l'arrière, comment vous sentez-vous ?

Pas anxieux Légèrement anxieux Assez anxieux Très anxieux Extrêmement anxieux

Instructions pour la notation (supprimer la section ci-dessous avant de copier pour l'utilisation par les patients)

L'échelle d'anxiété dentale modifiée. Chaque élément est noté de la manière suivante :

Pas anxieux	=	1
Légèrement anxieux	=	2
Assez anxieux	=	3
Très anxieux	=	4
Extrêmement anxieux	=	5

Le score total est la somme des cinq éléments, située entre 5 et 25 : un score à partir de 19 ou au-delà indique un patient souffrant d'une anxiété élevée de nature dentaire, probablement une phobie dentaire.

Figure 16: "Modified Dental Anxiety Scale"

o Dental Fear Survey (DFS) :

La DFS est la seconde échelle de mesure de l'anxiété la plus couramment utilisée. Elle a été créée par Kleinknechtetal en 1973 et est composée de 20 questions. Le questionnaire regroupe plusieurs parties traitant de l'évitement face aux soins dentaires, des réponses somatiques ressenties par le patient, et une évaluation de l'angoisse face à certains stimuli et situations.

Initialement, cette échelle permet de fournir des informations sur la variété des stimuli à même de susciter des réponses de peur ou d'évitement. Néanmoins, on l'utilise davantage pour mesurer le niveau de peur chez un patient. (31,33)

Répondez aux questions suivantes sur l'échelle reprise ci-dessous :
 1 : jamais 2 : une seule fois 3 : plus d'une fois 4 : souvent 5 : plutôt toujours

1. La peur des soins dentaires vous a-t-elle un jour retenu pour fixer un rendez-vous chez le dentiste ?
 2. La peur des soins dentaires vous a-t-elle un jour conduit à annuler un rendez-vous chez le dentiste ou à ne pas vous y rendre ?

Lors des soins dentaires : (utiliser l'échelle suivante)
 1 : pas du tout 2 : un peu 3 : quelque peu 4 : très 5 : très beaucoup

3. Mes muscles sont tendus
 4. Ma respiration est plus rapide
 5. Je transpire
 6. J'ai la nausée
 7. Mon cœur bat plus vite

Utilisez l'échelle ci-dessus pour indiquer le degré d'angoisse ou de malaise que provoque chacune des situations suivantes :

8. Prendre rendez-vous chez le dentiste
 9. En chemin vers le dentiste
 10. Etre en salle d'attente
 11. Etre assis dans le fauteuil du dentiste
 12. L'odeur du cabinet dentaire
 13. Voir le dentiste qui entre
 14. La vue d'une seringue d'injection
 15. Sentir l'aiguille d'injection
 16. La vue de la fraise
 17. Le bruit de la fraise
 18. Les vibrations de la fraise
 19. Le nettoyage de vos dents
 20. Si l'on met tout ensemble, quel sera votre degré d'angoisse vu le fait que vous allez recevoir des soins dentaires ?

Figure 17: "Dental Fear Survey"

○ **Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+)**

Face aux limites théoriques et pratiques rencontrées dans les questionnaires traitant de l'anxiété et de la peur liées aux soins dentaires (DAF), J.M Armfield décide de mettre au point une nouvelle échelle : le IDAF-4C+.

Ce test serait alors un outil utile pour évaluer le DAF dans une population adulte. Il permet d'apprécier les composantes émotionnelles, comportementales, physiologiques et cognitives de la réponse à l'anxiété et à la peur.

Dans ce test, la composante cognitive peut se montrer particulièrement intéressante. En effet elle permet de mieux comprendre les représentations et les croyances qu'ont les patients à l'égard des soins dentaires. Nous retrouvons donc des questions portant sur ce que pense le patient :

« I think that something really bad would happen to me if I were to visit a dentist »
 « Je pense que quelque chose de très grave pourrait m'arriver si j'allais chez le dentiste »

« I often think about all the things that might go wrong prior to going to the dentist »
 « Je pense souvent aux choses qui pourraient mal tourner avant ma visite chez le dentiste »

Le *Index of dental anxiety and fear* contient alors 3 modules portant sur : l'anxiété et la peur, la phobie liée aux soins dentaires, et les stimuli. (34)

The Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C⁺)

The following questions ask about possible aspects of dental anxiety and fear.

1. How much do you agree with the following statements?	Disagree	Agree a little	Somewhat agree	Moderately agree	Strongly agree
(a) I feel anxious shortly before going to the dentist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(b) I generally avoid going to the dentist because I find the experience unpleasant or distressing.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(c) I get nervous or edgy about upcoming dental visits.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(d) I think that something really bad would happen to me if I were to visit a dentist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(e) I feel afraid or fearful when visiting the dentist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(f) My heart beats faster when I go to the dentist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(g) I delay making appointments to go to the dentist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(h) I often think about all the things that might go wrong prior to going to the dentist.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

2. Do the following statements apply to you?	Yes	No
(a) My avoidance or fear of going to the dentist significantly interferes with my life in some way (normal routine, occupational or academic functioning, social activities, or relationships).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
(b) I am greatly distressed about my level of dental fear.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
(c) I consider my level of dental fear to be excessive or unreasonable	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
(d) I am afraid of going to the dentist because I am concerned I may have a panic attack (abrupt fear with sweating, pounding heart, fear of dying or losing control, chest pain etc.).	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
(e) I am afraid of going to the dentist because I am generally highly self-conscious or concerned about being watched or judged in social situations.	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

3. To what extent are you anxious about the following things when you go to the dentist?	Not at all	A little	Somewhat	Moderately	Very much
(a) Painful or uncomfortable procedures	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(b) Feeling embarrassed or ashamed	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(c) Not being in control of what is happening	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(d) Feeling sick, queasy or disgusted	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(e) Numbness caused by the anesthetic	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(f) Not knowing what the dentist is going to do.....	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(g) The cost of dental treatment	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(h) Needles or injections	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(i) Gagging or choking	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅
(j) Having an unsympathetic or unkind dentist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄	<input type="checkbox"/> ₅

Figure 18: "Index of Dental Anxiety and Fear"

Une adaptation Québécoise-Française de l'IDAF-4C+ a été proposée en 2013 lors d'un mémoire de maîtrise par Quenneville Isabelle. Le nouvel outil, nommé échelle de Peur et d'Anxiété des Traitements Dentaires (EPATD) a démontré une corrélation positive avec des tests d'anxiété générale et situationnelle. (35)

1. Dans quelle mesure êtes-vous en accord avec les énoncés suivants?	Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plus ou moins en accord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
a) Je ressens de l'anxiété peu de temps avant ma visite chez le dentiste.					
b) J'évite généralement les visites chez le dentiste parce que je trouve l'expérience désagréable et pénible.					
c) Je ressens de la nervosité ou de l'angoisse à l'approche de toute visite chez le dentiste.					
d) Je pense que quelque chose de très grave pourrait m'arriver si j'allais chez le dentiste.					
e) J'ai peur lorsque je vais chez le dentiste.					
f) Mon cœur bat plus vite lorsque je vais chez le dentiste.					
g) Je remets à plus tard les rendez-vous chez le dentiste.					
h) Je pense souvent aux choses qui pourraient mal tourner avant ma visite chez le dentiste.					

2. Est-ce que les énoncés suivants s'appliquent à vous?	Oui	Non
a) Mon évitement ou ma crainte d'aller chez le dentiste perturbe nettement certaines sphères de ma vie (routine, fonctionnement professionnel ou scolaire, activités sociales ou rapports avec les autres).		
b) L'ampleur de ma crainte d'une intervention dentaire me perturbe beaucoup.		
c) Je considère que l'ampleur de ma crainte d'une intervention dentaire est excessive et démesurée.		
d) J'ai peur d'aller chez le dentiste parce que je m'inquiète à l'idée d'y faire une crise d'angoisse (soudaine peur accompagnée de transpiration abondante et de battements cardiaques forts et rapides, peur de mourir ou de perdre le contrôle, douleur à la poitrine, etc...)		
e) J'ai peur d'aller chez le dentiste parce que j'ai des complexes ou que je m'inquiète de ce que les gens vont penser de moi, en société.		

3. Dans quelle mesure les éléments suivants vous causent-ils de l'anxiété quand vous allez chez le dentiste?	Pas du tout	Un peu	Assez	Modérément	Beaucoup
a) Interventions douloureuses et désagréables					
b) Sentiment de gêne ou de honte					
c) Perte de contrôle sur ce qui se passe					
d) Sensation de malaise, de nausée ou de dégoût					
e) Engourdissement causé par l'anesthésique					
f) Ignorance de ce que le dentiste va faire					
g) Coût du traitement dentaire					
h) Aiguilles ou injections					
i) Peur d'avoir des haut-le-cœur ou d'étouffer					
j) Indifférence ou manque de gentillesse du dentiste					

2) Pour classer le niveau de peur chez l'enfant :

Évaluer la peur chez l'enfant confronté aux soins dentaires est plus complexe encore. En effet, ce dernier peut avoir du mal à juger de ses émotions et bien souvent, il est alors trop jeune pour savoir lire et remplir lui-même le questionnaire d'autoévaluation. Un parent remplira généralement à sa place, ce qui peut entraîner un biais des résultats. (36)

○ **The Child Fear Survey Schedule Dental Subscale (CFSS-DS)**

Il s'agit de l'échelle de mesure de la peur chez l'enfant, de 4 à 12 ans, la plus utilisée. Elle détient 15 questions notées de 1 (pas du tout peur) à 5 (très peur). Le score final varie donc de 15 à 75 en fonction du niveau de peur de l'enfant.

Cependant, le questionnaire reste critiquable puisque les aspects cognitifs, physiologiques, comportementaux et émotionnels ne sont pas pris en compte. On ne peut donc pas évaluer ce que pense l'enfant, ni comprendre les représentations qu'il se fait des soins dentaires. (31,35,37)

A ce jour, aucune version française n'a été validée.

I. How afraid is your child of	Not afraid at all	A little afraid	A fair amount afraid	Pretty much afraid	Very afraid
	1	2	3	4	5
1. Dentists	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Doctors	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Injection (shots)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Having somebody examine your mouth	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Having to open your mouth	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Having a stranger touch you	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Having somebody look at you	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. The dentist drilling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. The sight of the dentist drilling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. The noise of the dentist drilling	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Having somebody put instruments in your mouth	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Choking	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Having to go to the hospital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. People in white uniforms	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Having the nurse clean your teeth	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Figure 19: "The child Fear Survey Schedule Dental Subcale

○ **Modified Child Dental Anxiety Scale (MCDAS)**

Le MCDAS a également été mis en place afin de mesurer l'anxiété chez l'enfant. Une échelle de sourire sur des visages a remplacé l'échelle numérique initialement présente dans la CDAS (*Child Dental Anxiety Scale*), notamment pour les jeunes enfants entre 7 et 9 ans afin de faciliter pour eux la compréhension du questionnaire.

Il comprend 8 questions portant toutes sur des soins dentaires bien spécifiques à même d'affliger les enfants, par exemple : les extractions, les détartrages, l'anesthésie locale, l'anesthésie générale, etc...

5 choix de réponses sont alors possibles allant de « détendu/ pas inquiet » à « très inquiet ». Le score final varie de 5 (peu ou pas d'anxiété liée aux soins dentaires) à 40 (anxiété extrême liée aux soins dentaires). À ce jour également, il n'existe pas d'adaptation française. (38)

	1	2	3	4	5
	would mean : relaxed / not worried				
	would mean : very slightly worried				
	would mean : fairly worried				
	would mean : worried a lot				
	would mean : very worried				
How do you feel about ...					
... going to the dentist generally?	1	2	3	4	5
... having your teeth looked at?	1	2	3	4	5
... having your teeth scraped and polished?	1	2	3	4	5
... having an injection in the gum?	1	2	3	4	5
... having a filling?	1	2	3	4	5
... having a tooth taken out?	1	2	3	4	5
... being put to sleep to have treatment?	1	2	3	4	5
... having a mixture of 'gas and air' which will help you feel comfortable for treatment but cannot put you to sleep?	1	2	3	4	5

Figure 20: "Modified Child Dental Anxiety Scale"

○ **The Facial Image Scale (FIS)**

Il s'agit d'une autre échelle permettant de mesurer l'anxiété chez l'enfant. Elle comprend une rangée de 5 visages allant de « très heureux » à « mécontent » en fonction de leur sourire. Le score va de 1 (pas d'anxiété) à 5 (anxiété très élevée). Encore une fois, il s'agit d'un support approprié pour les enfants et même ceux de très jeune âge. (39)

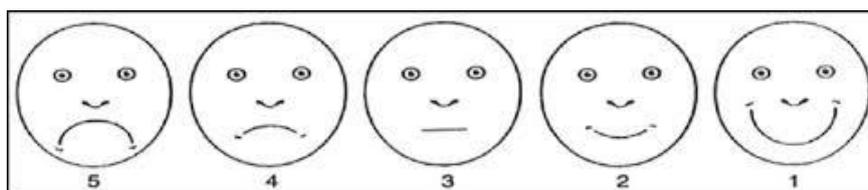


Figure 21: "The Facial Image Scale"

3) Pour classer les patients selon 4 diagnostics – le Seattle system :

Milgrom et ses collègues proposent en 1985 un système de classification élaboré reflétant à la fois les origines et les principales sources de crainte de la dentisterie : le Seattle system. Celui-ci définit 4 types d'anxiété vis-à-vis des soins dentaires. Ces groupes diffèrent à la fois par leur présentation clinique et par les approches de traitement. Aucune adaptation française n'existe cependant pour le Seattle system. On retrouve alors : (28)

- **Type I : Fearful of specific stimuli** (peur de certains stimuli spécifiques)

Les patients de cette catégorie sont à même d'identifier l'aspect de la dentisterie qui les effraie. Le stimulus anxiogène le plus communément évoqué reste l'anesthésie locale. Toutefois, certaines odeurs, certains éclairages, certains bruits associés à la turbine ou à la pièce à main sont parfois responsables de la peur liée aux soins.

- **Type II : Fearful of medical catastrophe** (peur d'une catastrophe médicale)

Cela concerne les patients qui redoutent qu'un grave problème surgisse lors du traitement, lequel serait responsable d'une urgence médicale, par exemple une attaque cardiaque survenant lors des soins. Il n'est pas rare que certains patients se disent allergiques à l'anesthésie locale puisque l'anxiété combinée aux effets de l'épinéphrine, parfois contenue dans les carpules d'anesthésiants entraînent des symptômes comme des palpitations cardiaques, des essoufflements, voire des malaises vagues ; ces symptômes contribuent à renforcer chez les patients la croyance qu'ils sont allergiques ou que nos interventions peuvent leur faire courir un risque vital. D'autres patients encore redoutent d'avoir des instruments dans leur bouche, car ils se persuadent qu'ils vont s'étouffer et ne pourront plus respirer avec.

- **Type III : Generalized dental anxiety** (anxiété dentaire généralisée)

Ici, l'inquiétude avant le soin est une peur d'anticipation. Le patient est incapable d'identifier l'aspect de la dentisterie qu'il redoute. Il va s'inquiéter du traitement, de son propre comportement pendant le soin, de la manière dont il sera capable de gérer son anxiété. La veille du rendez-vous, il nous rapportera avoir eu du mal à s'endormir et, une fois le traitement achevé, il se sentira physiquement et/ou émotionnellement épuisé. Ce sont souvent des patients qui signaleront d'autres signes d'anxiété généralisés en dehors des soins dentaires, tel que : la peur du vide, la peur de l'eau, etc.

- **Type IV : Distrustful of dental personnel** (méfiance vis-à-vis des personnels soignants)

Ces patients sont aisément identifiables. En effet, ils auront tendance à se montrer méfiants à l'égard du praticien et argumenteront leurs réactions. Ils emploient bien souvent le sarcasme, et les insultes finement voilées, mais ne se décriront pas comme étant craintifs. Pourtant, ils redoutent bel et bien une perte de contrôle ou d'estime de soi en présence du praticien.

- **Une augmentation de la pression artérielle :**

On peut constater chez les patients craintifs une accélération de la pression artérielle, ainsi que de la fréquence cardiaque. (41)

- **Une sudation profuse :**

Il est possible de la constater sur le visage de nos patients ou plus fréquemment sur leurs mains lorsque celles-ci deviennent « moites ». (41,45,46)

- **Des crampes d'estomac et des nausées :**

Le patient peut également se plaindre d'avoir mal au ventre, ou bien de se sentir nauséux et d'avoir des haut-le-cœur lors de la consultation. (41,45,46)

D) Le comportement du patient au fauteuil :

Comme pour tenter de mieux gérer ses peurs, le patient adoptera un comportement bien particulier qu'il convient de reconnaître.

- **La posture :**

Il aura tendance à prendre une position particulière. Par exemple, il gardera un pied en dehors du fauteuil. Il sera crispé sur lui-même, bras croisés, et dans le cas contraire, ses mains et ses pieds pourront se mettre à trembler. (45,46)

- **La suspension des soins :**

Il peut demander à suspendre le soin en déglutissant fréquemment, en affirmant devoir se rincer la bouche, en ayant des haut-le-cœur, etc. Ici, le patient cherchera à éviter la situation qui l'effraie. (45)

- **Logorrhée :**

Dans d'autres cas, il arrive que le patient tente de dissimuler sa crainte en se livrant à une logorrhée autovalorisante. C'est une manière pour lui de se rassurer face à la perte de contrôle qu'il peut bien ressentir en se trouvant sur le fauteuil. (47)

IV. Les différentes étiologies possibles de la peur et de l'anxiété face aux soins dentaires :

A) Peur générale face aux soins dentaires :

1) Expérience antérieure désagréable :

Il est fréquent de rencontrer certains patients qui annonceront avoir peur des soins en justifiant cette crainte par une ancienne expérience aversive. En effet, les expériences dentaires traumatisantes et douloureuses sont associées à l'anxiété et à la peur des soins. Une étude menée par Armfield a montré que près de 70% des individus possédant un niveau de peur élevé avaient déjà éprouvé une douleur intense chez le dentiste, contre seulement 37,9% qui n'avaient pas ou peu d'anxiété ou de peur liées aux soins dentaires. (48)

Il s'agit en fait du conditionnement cognitif pavlovien. C'est un processus par lequel un stimulus initialement neutre acquiert la capacité de susciter une réponse conditionnelle après avoir été associé à un stimulus inconditionné. (49,50)

Ainsi, si un patient éprouve de la douleur lors d'un soin dentaire, il pourra développer une peur conditionnée lors de la prochaine consultation dans un cabinet. La douleur est associée au dentiste. Le patient a donc appris par son expérience personnelle qu'une telle situation annonce un évènement préjudiciable. (49)

Watson et son équipe ont mené des travaux expérimentaux sur un nourrisson afin de démontrer ce procédé. Lorsque les stimuli non inducteurs de peur et inducteurs de peur étaient associés, une réponse émotionnelle effrayante était provoquée chez l'enfant. Après quoi, le simple stimulus non inducteur de peur suffisait à déclencher cette même émotion. (51)

Cependant, Armfield a constaté que certains patients ayant subi une expérience aversive n'avaient pas développé de peur et qu'à l'inverse, d'autres patients en développaient sans même avoir été exposés précédemment à une telle expérience. De fait, il positionne l'approche cognitive comme élément central de l'acquisition de la peur, plutôt que les expériences passées. (52)

2) Les notions d'incontrôlabilité, imprévisibilité et dangerosité des actes :

Comme nous l'avons expliqué ci-dessus, Armfield défend que c'est davantage la perception du danger qui prime, plutôt que de savoir si l'individu en question a eu une expérience douloureuse et/ou traumatisante par le passé. Il a donc examiné l'association entre la peur des soins dentaires et les perceptions du patient comme la contrôlabilité, l'imprévisibilité et la dangerosité.

Il s'avère alors que la perception du manque de contrôle et de la dangerosité sont significativement associées à un haut niveau de peur. Toutefois, ce n'est pas le cas de l'imprévisibilité qui, néanmoins, tient une place importante dans l'approche cognitive du patient puisque cette notion peut rejoindre celles de danger et de contrôle.

Armfield parle alors de « schéma de vulnérabilité ». L'exposition à une situation ou stimulus va agir sur les perceptions du patient. Il s'ensuivra une réponse affective automatique et une évaluation générale qui vont donner lieu à une suite de réponses physiologiques, comportementales et cognitives/émotionnelles. C'est donc l'expérience de la visite dentaire combinée aux perceptions et émotions ressenties qui vont déterminer les réactions lors de futures visites chez le dentiste. (52)

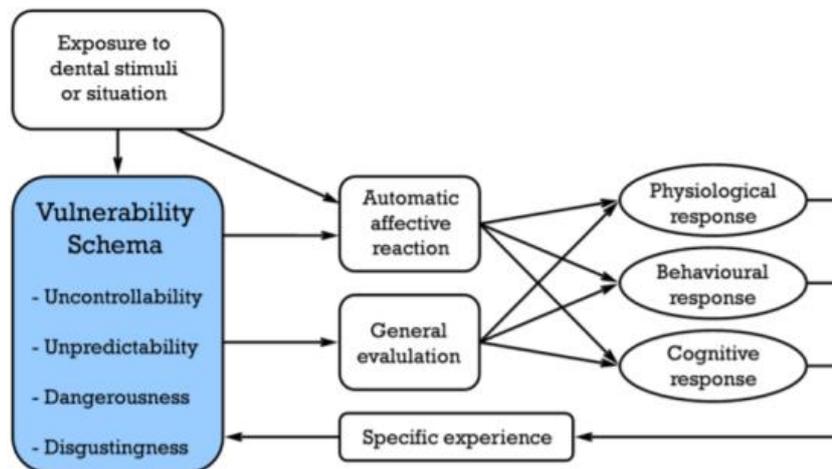


Figure 23 : Cognitive vulnerability Model of the elicitation of a fear response to dental stimuli

3) La réponse apprise par autrui :

○ Le « Vicarious Pathway » : La peur par procuration.

L'acquisition de la peur peut tout aussi bien se faire de manière indirecte. Rachman parle alors de « conditionnement par autrui ». Il s'agit d'un conditionnement par procuration où l'individu acquiert une réaction de peur en étant témoin de l'expérience effrayante de quelqu'un d'autre. Cette observation est alors multifactorielle. Elle peut se faire au moyen de la télévision, les médias, les amis, la famille, etc. (49,53)

○ Le « Parental Pathway » : la peur par les parents.

Le procédé est le même sauf qu'il concerne uniquement les parents qui transmettent la peur à leurs enfants.

Entre outre, un enfant qui observe l'un de ses parents et constate que ce dernier est craintif, pourra percevoir que la situation constitue une menace importante. (29)

Hagman trouve alors une corrélation significative de 0,67 entre la peur exprimée par la mère et celle ressentie chez l'enfant. En effet, les mères qui exprimeraient une peur accrue devant leurs enfants seraient alors plus susceptibles d'avoir des enfants craintifs, en comparaison avec ceux dont les mères n'exprimaient pas souvent leur peur. (49,54)

1) La réponse par la menace :

○ Le « Threat pathway » : la peur par la menace.

Rachman propose ensuite une 2^{ème} voie indirecte de l'acquisition de la peur qu'il appelle la « transmission verbale ». Le procédé est similaire à celui évoqué précédemment. Ici, l'individu acquiert une peur en apprenant la dangerosité d'une situation par les autres, sans pour autant l'observer directement. (49,54)

Il est alors possible qu'une personne rapporte une expérience traumatisante chez le dentiste pour que l'individu développe lui-même une peur, sans même avoir été témoin de la situation. (49,54)

Ainsi, donner des informations à caractères menaçants tend à augmenter la peur, tandis que les informations positives entraînent plutôt une diminution de cette peur. (55)

2) Le contenu cognitif :

Un panel de notions cognitives joue également un rôle crucial dans l'acquisition de la peur. Des idées probabilistes peuvent être responsables : « si je vais chez le dentiste, ce sera certainement douloureux » ; ou encore des idées sur la sévérité : « si je vais chez le dentiste, la douleur sera insupportable ». (49,56,57)

B) Peur spécifique face aux soins dentaires :

1) La peur de la douleur :

Encore aujourd'hui, la plupart des patients redoutent de souffrir au cabinet dentaire, et ce, malgré les innovations de la dentisterie et des méthodes employées pour annihiler la douleur. Une étude menée en Australie rapportait que 85% de la population adulte ressentait au moins une légère anxiété quant à la douleur qui peut accompagner les soins. (28)

Bien souvent inévitable, la douleur post-opératoire décuple la crainte ressentie à l'encontre du dentiste. Dans le cadre de l'urgence, le praticien va soulager son patient, mais dès lors que la douleur resurgira, il pourra en être tenu pour responsable. Certains patients pourront douter de ses compétences. Ici, il s'agit d'un manque de compréhension de la part du patient. (47)

2) La peur des aiguilles et de l'injection :

Les craintes liées à l'injection restent un problème majeur en dentisterie et nécessitent souvent une prise en charge adaptée voire une sédation. Cette peur est alors liée à l'injection en elle-même, mais aussi à la sensation d'engourdissement ressentie après l'anesthésie.

La peur des aiguilles est un frein dans notre profession étant donné que l'anesthésie locale demeure le principal moyen de soulager la douleur. Un refus d'anesthésie conduit par conséquent à un mauvais contrôle de la douleur. On entre alors dans un cercle vicieux, puisque la douleur sera elle-même source de peur lorsque le patient devra revenir au cabinet. (58)

3) La peur du bruit des instruments:

Les rotatifs tels que la turbine ou le contre-angle, ainsi que les ultrasons sont des instruments quotidiennement utilisés par le chirurgien-dentiste. Cela étant, le bruit qu'ils émettent peut facilement inquiéter les patients les plus sensibles.

En outre, Meldman a trouvé une augmentation de la fréquence cardiaque chez les patients ayant une peur liée aux soins dentaires lorsqu'ils entendaient le bruit de la turbine. (59)

Une étude a rapporté que 17% des hommes et 23% des femmes trouvent que le bruit émis par les instruments du chirurgien-dentiste est une raison suffisante pour éviter de se rendre à un rendez-vous dentaire. Chez les enfants, ce chiffre est estimé à 23%. (60)

Les bruits représentent donc une source de préoccupation pour nos patients. Ils peuvent être à l'origine de la peur des patients face aux soins dentaires, qui va alors impacter sur leur comportement. (60)

4) La peur de l'odeur du cabinet dentaire :

La plupart des cabinets dentaires utilisent des produits à base d'eugénol qui est le principal constituant du clou de girofle. (61)

Il est reconnu en dentisterie pour ses vertus anti-inflammatoires, analgésiques et anesthésiques locales (61,62). Par conséquent, on le retrouve dans certains bains de bouche (ALODONT) (63), dans certains ciments à base d'oxyde de zinc d'eugénol (62), et dans des solutions telles que PULPARTHROL (64).

Néanmoins, l'eugénol dégage une odeur très puissante que les patients associent à « l'odeur du cabinet dentaire ». Cette odeur caractéristique peut alors faire resurgir chez le patient d'anciens souvenirs désagréables et faire accroître le niveau de peur. (65)

5) La peur d'étouffer pendant le soin :

Lorsque le praticien prodigue des soins, il introduit de nombreux instruments dans la bouche de son patient. Ce dernier peut alors ressentir comme une sensation d'étouffer associée au fait de ne plus pouvoir parler et donc communiquer avec son dentiste. De fait, ce sentiment est susceptible de nourrir les peurs liées aux soins dentaires et est parfois même responsable d'une vision négative à l'égard des dentistes et de leurs soins. (48,66)

C) Peur sociale :

1) Honte et embarras face au dentiste :

Comme nous le reverrons un peu plus loin, la peur dentaire est hélas bien souvent associée à de nombreuses annulations de rendez-vous et l'incapacité à accepter des soins. Par conséquent, il s'ensuit une véritable détérioration de la santé bucco-dentaire pouvant entraîner des sentiments de honte, de culpabilité et d'infériorité. Ce profond embarras va renforcer l'anxiété et la peur éprouvées par le patient. (67)

2) Agoraphobie :

L'évitement de rendez-vous souvent observé chez les patients qui redoutent de se rendre au cabinet peut également s'expliquer par une peur de s'éloigner de chez soi et de se retrouver dans un endroit d'où il serait difficile de s'échapper ou d'être secouru (24). On retrouve en effet une véritable corrélation entre l'agoraphobie et les hauts niveaux de peur liés aux soins dentaires. (68)

3) Germophobie :

Nos patients se documentent davantage avec internet et sont parfaitement au courant des risques d'infections nosocomiales. Les angoisses en rapport avec les germes et les risques de contamination ne sont pas rares. Si de rigoureuses mesures préventives pour maintenir la chaîne d'asepsie sont mises en place au cabinet dentaire, le patient ne le sait pas toujours. (28,47,69)

4) Viol :

Il arrive malheureusement que les comportements témoignant d'une peur face aux soins ne soient que le reflet d'un traumatisme plus profond. Certains patients ayant vécu des épisodes d'inceste ou de viol peuvent par exemple démontrer une peur du contact physique avec le praticien. Walker et al ont constaté que parmi les femmes présentant des niveaux élevés de peur, 34% avaient signalé des antécédents de violences sexuelles durant l'enfance et 13% des viols ou des actes incestueux. (28,47,70,71)

V. Les conséquences de l'odontophobie :

A) Impact sur l'état dentaire :

De cette crainte insurmontable de se rendre chez le chirurgien-dentiste, un véritable cercle vicieux se met alors en place. Les patients ont tendance à ne pas se rendre à leur rendez-vous ou bien ne cessent de les repousser. Par conséquent, les problèmes dentaires empirent, le traitement nécessaire devient plus complexe et potentiellement traumatisant. Tout cela renforce la crainte à l'égard des soins dentaires et de fait, le patient va encore repousser son rendez-vous. (72–74)

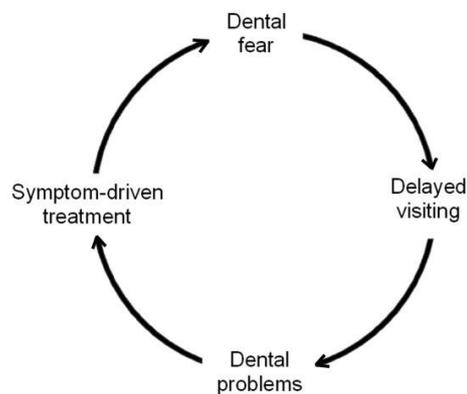


Figure 24 : : Model of vicious cycle of dental fear selon Armfield, J.M., Stewart, J.F. & Spencer, A.J.

o Tissus dentaires :

On retrouve chez des patients âgés de 18 à 44 ans davantage de dents cariées, de dents manquantes ainsi qu'un indice CAO augmenté (dent cariée, absente, obstruée) en comparaison avec des patients sans peur associée aux soins dentaires. (75)

o Tissus parodontaux :

Selon la précédente étude, la parodontite et la gingivite n'étaient pas associées à la peur dentaire (75). Toutefois, des travaux menés en Chine rapportent une plus forte prévalence de la peur associée aux soins chez les patients atteints de maladie parodontale. (76)

B) Impact sur l'état général :

1) Impact du stress sur l'état de santé général :

La peur peut créer un état de stress et d'angoisse qui va alors agir directement sur le corps. Les répercussions sont nombreuses. On constate notamment l'apparition :

- **De troubles alimentaires :**

Allant de la restriction alimentaire à la boulimie, les troubles alimentaires s'avèrent être liés au niveau de stress de l'individu. (77)

- **De troubles digestifs :**

Le stress psychologique impacte notamment la sensibilité, la motilité, la sécrétion et la perméabilité intestinales (78). Cela peut se manifester par des diarrhées ou encore des constipations. (79)

- **De trouble du sommeil :**

Le stress peut induire des changements dans l'activité et la fonction de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien. Une telle conséquence aura tendance à induire des insomnies à court terme. (80)

- **De troubles cutanés :**

Nous avons également constaté que le stress peut induire, voire exacerber, des troubles cutanés neuro-inflammatoires tels que la dermatite atopique (ou eczéma atopique), le prurit neurogène ou encore le psoriasis. (81)

2) **Impact de la mauvaise santé bucco-dentaire sur la santé générale :**

Comme nous l'avons remarqué, la majorité des patients ayant une peur des soins dentaires présentent souvent une mauvaise santé bucco-dentaire. Les retombées ne sont alors pas seulement locales, mais peuvent également entraîner une altération de la santé du patient.

C) Impact psycho-social :

Un état bucco-dentaire dégradé entraînera également un préjudice dans la vie sociale du patient. En effet, le sourire joue un rôle important dans notre société. Montrer des dents cariées et des gencives inflammatoires peut conduire à une perte d'estime de soi. Les dommages esthétiques et l'halitose associés au manque d'hygiène vont créer un sentiment de honte chez l'individu qui n'osera plus se montrer en public et aura tendance à s'isoler. (45,82)

VI. Recommandations concernant la prise en charge du patient anxieux ou phobique :

A) Préconisations concernant l'environnement du cabinet dentaire :

La perception que peut avoir un patient lors de son rendez-vous au cabinet dentaire joue un rôle tout particulier. La première impression notamment conditionnera le ressenti du patient et influencera son niveau d'anxiété. (83)

1) Ce qui est vu :

○ L'importance des couleurs :

Au sein d'un cabinet dentaire, il est primordial de créer une atmosphère favorisant la sérénité du patient. Le choix des couleurs demeure une question de préférence, mais quelques règles peuvent être suivies afin de mieux contrôler l'image que va renvoyer notre lieu de travail à notre patientèle.

Les couleurs chaudes, notamment le rouge et l'orange sont davantage considérées comme des couleurs agressives qu'il vaut mieux éviter. De même, les couleurs sombres telles que le noir et le gris foncés évoquent un sentiment plutôt négatif et absorbent considérablement la lumière.

Pour une atmosphère idéale, il est conseillé de choisir des couleurs réfléchissant entre 60 et 80% la luminosité. Il a également été prouvé par Jacobs et Suess que les couleurs froides seraient significativement moins anxiogènes que les couleurs chaudes.(84,85)

○ L'importance de la lumière :

Une bonne luminosité permet au praticien de mieux travailler et de fatiguer moins vite. Pour le patient, cela contribue également à son bien-être. L'éclairage doit être suffisant et confortable. Une ambiance tamisée est parfois préférée par certains patients. Toutefois, il est important de conserver au maximum la lumière naturelle extérieure pour ne pas créer une sensation d'oppression qui serait alors très anxiogène pour le patient. (28,86)

○ L'importance du design d'intérieur :

Ajouter un peu de décoration au cabinet dentaire permet de créer une atmosphère d'intimité pour le patient. Il se sentira davantage à l'aise et cela peut contribuer à diminuer son anxiété. Ainsi, des photographies, des tableaux, des plantes vertes, des fauteuils, et des coussins suffisent parfois à créer un climat où le patient peut se sentir comme chez soi. (87,88)

Une étude portant sur l'anxiété a rapporté que 89% des patients préféreraient être accueillis dans un cabinet orné et décoré plutôt qu'un cabinet aux murs neutres. (89)

2) Ce qui est entendu :

Les nuisances sonores, fréquemment rencontrées dans le cadre de l'activité au cabinet peuvent atteindre des niveaux considérables. Une étude a montré que les sons pouvaient atteindre 72,6 dB au niveau du fauteuil de consultation et 76,6 dB au niveau de la place de l'opérateur. Cela nuit au praticien, mais aussi au patient qui peut trouver cela extrêmement pénible voire source de stress et d'angoisse.

L'objectif prioritaire est alors de diminuer autant que possible tous ces sons pour établir une atmosphère plus calme. Par la suite, il est possible d'installer un fond musical qui permettra alors de détourner l'attention du patient. En effet, il a été scientifiquement prouvé que la musicothérapie avait un effet positif dans le contrôle de l'anxiété liée aux soins. (90,91)

3) Ce qui est senti :

Comme nous l'avons vu précédemment, l'odeur qui se dégage du cabinet est souvent liée aux produits que le chirurgien-dentiste utilise. Pour contrer cela, il est possible d'utiliser des produits inodores lorsqu'ils existent, ou des parfums d'ambiances.

La diffusion de mélanges spécifiques d'huiles essentielles peut également s'avérer judicieuse. Car en plus de dégager une odeur plaisante, les huiles sont reconnues pour leurs vertus relaxantes. En outre, certaines permettent une action décontractante, sédative ou encore antispasmodique. (92)

Une étude menée sur 41 femmes a mis en évidence l'efficacité des inhalations à base d'huile essentielle de bergamote pour diminuer l'anxiété et le stress. (93)

En Angleterre, il a même été prouvé que l'anxiété ressentie lors d'une consultation dentaire pouvait être atténuée par l'odeur de la lavande. (94)

B) Gestion de la peur des soins dentaires chez le patient adulte :

1) Communication et contrôle :

○ **Communication non verbale :**

Avant même que le praticien ne s'adresse au patient, il lui faut renvoyer une image positive afin d'instaurer une relation de confiance mutuelle. La communication non verbale, c'est-à-dire le langage corporel, la posture du praticien, ainsi que les regards et les expressions du visage joue un rôle primordial.

Les intonations vocales sont tout autant essentielles. Elles appartiennent au registre de la communication para-verbale (elle-même faisant partie de la catégorie de communication non verbale). (95)

On parle alors de « *iatrosedative technique* », un procédé impliquant une approche systématique visant à calmer le patient par le comportement, l'attitude et la position communicative. Cela créer un lien de compréhension et de confiance entre le praticien et le patient. (28)

○ **Communication verbale et information :**

Informé le patient en lui donnant des détails sur la prise en charge peut grandement aider à corriger les fausses croyances et les préjugés. Ces renseignements permettent en fait d'augmenter le niveau de prévisibilité dont le patient a parfois besoin pour que l'acte paraisse moins angoissant. Cependant, tous ne réagissent pas de la même façon, et certains peuvent préférer ne pas être informés de tout. Il faut alors différencier l'information sensorielle de l'information concernant la procédure.

L'information sensorielle indique au patient ce qu'il peut ressentir durant l'intervention, comme des pressions ou encore de vibrations.

L'information concernant la procédure est plus spécifique et portera sur l'ordre dans lequel les soins vont se dérouler et en quoi ils consistent.

Fournir des renseignements n'est pas toujours évident. Il faut tout d'abord savoir quel type d'information le patient souhaite recevoir, mais également comprendre à quel moment. En outre, certains patients préfèrent que tout leur soit expliqué au début de la séance, tandis que d'autres souhaiteront que les informations soient prodiguées au fur et à mesure.

Notons également que certains patients encore préféreront parfois rester pleinement dans l'ignorance. (28)

- **Fournir le contrôle au patient :**

Nombre de patients anxieux ou phobiques se sentent en situation de vulnérabilité lorsqu'ils sont au fauteuil. Ils ont comme l'impression de ne rien contrôler et cela décuple leur anxiété. En tant que praticien, il convient de pallier à cette sensation. Pour cela, plusieurs solutions existent :

- **Le « *explain ask show do* » :**

Il s'agit d'une séquence où l'on va respectivement expliquer et répondre aux questions éventuelles du patient, puis lui demander la permission de réaliser l'acte afin d'établir une coopération mutuelle. Par la suite, le praticien peut montrer le geste et après seulement, il réalise l'intervention. Encore une fois, l'objectif est de rendre la séance plus prévisible.

Initialement, cette méthode avait été développée pour la prise en charge des enfants avec le « *tell show do* ». Toutefois, dans un contexte d'anxiété, elle a été remaniée et utilisée chez l'adulte pour favoriser la sensation de contrôle. Aucune recherche n'a cependant été menée pour prouver une réelle efficacité de cette méthode. (28)

- **Le signalement :**

Le signalement permet au patient de s'exprimer malgré le fait qu'il ne puisse pas parler lors du déroulement de la séance. C'est un élément clef de la communication et de la confiance entre lui et son praticien. En effet, beaucoup de mauvaises expériences sont liées au fait que le dentiste ne portait pas attention aux signes que lui envoyait son patient pour tenter de communiquer. On distingue plusieurs signaux : (28)

Les signaux généraux : par exemple lever la main pour faire une pause.

Les signaux spécifiques : ils sont établis préalablement et constituent un véritable codage. Par exemple, lever la main peut vouloir dire d'arrêter le soin, tandis que lever l'index peut signifier d'aspirer.

Le système de communication électronique : Très peu utilisé, il s'agit d'un boîtier avec différents boutons, chacun correspondant à une demande.

- **Faire des pauses :**

Lors de l'intervention, le patient peut réclamer des pauses. Si son praticien est attentif à cela, le patient aura la sensation de retrouver un peu de pouvoir et de contrôle dans le processus de soin.

Bien souvent néanmoins, les patients anxieux auront tendance à ne rien signaler pour que la consultation se termine le plus vite possible. Ils poursuivront le soin jusqu'au stade de non-

retour où ils ne seront alors plus en mesure de le supporter. Le patient ne parviendra plus à se calmer et terminer le soin sera souvent impossible.

Par conséquent, un praticien expérimenté peut détecter ce malaise et prendre l'initiative d'effectuer des pauses. Par exemple, le dentiste peut décider qu'il va travailler pendant 5 minutes, puis s'arrêter pendant 1 minute. Le patient regarde alors l'horloge et anticipe la pause à venir. (28)

2) **Diverses approches psychologiques pour la prise en charge de l'anxiété :**

○ **Thérapie cognitivo-comportementale :**

Il s'agit d'une thérapie portant sur les interactions qui peuvent se faire entre les pensées, les émotions et les comportements. Elle se focalise sur les problèmes du patient tout en considérant également son vécu. L'objectif est donc de dépasser les symptômes invalidants en renforçant les comportements adaptés.

Prenons l'exemple de la phobie. Dans ce contexte, la thérapie cognitivo-comportementale va aider le patient à identifier et comprendre les schémas de pensées négatives à l'origine du comportement inadapté (ici la phobie) et de la souffrance psychique. Au fur et à mesure, le patient va renforcer ses comportements adaptatifs et dépasser ses symptômes tels que le stress, l'évitement, les réactions agressives et les croyances erronées. (96)

Ce procédé s'avère être significativement efficace, notamment dans le cas de troubles d'anxiété et de troubles de panique. (97)

○ **Distraction attentionnelle :**

Il a été prouvé que la focalisation attentionnelle sur des stimuli visuels ou auditifs lors de la prise en charge pouvait être salutaire pour les patients présentant une anxiété légère à modérée.

La musicothérapie en est un exemple et demeure très controversée. Certaines études prouvent qu'elle réduit la douleur et l'anxiété (98), d'autres seulement l'anxiété per-opératoire (99), et d'autres encore affirment qu'elle joue le rôle de placebo (100). Elle peut toutefois être utilisée de manière systématique avec des patients présentant un niveau d'anxiété faible pour son potentiel effet positif sur la relaxation. (28)

La distraction audiovisuelle, quant à elle, peut par exemple se faire grâce à la télévision. Il existe même des lunettes capables de montrer une image en 2D, voire en 3D accompagnée d'un son tel que le casque de réalité virtuelle. Ces casques ont d'ailleurs permis d'obtenir une réduction de la pression artérielle, du pouls et de la douleur lors d'une évaluation chez des patients subissant des soins parodontaux. (101,102)

○ **Renforcement positif :**

Le principe consiste à reconnaître, encourager et valoriser un comportement. En d'autres termes c'est un agent ou stimulus renforçateur immédiat (une récompense tangible ou tout simplement une reconnaissance verbale) qui va favoriser l'apparition d'un comportement souhaité.

Le procédé est surtout employé avec les enfants, mais peut s'avérer efficace chez l'adulte pour permettre d'obtenir la coopération du patient. (28,103)

○ **Respiration diaphragmatique :**

Il s'agit d'une méthode de relaxation rythmée par la respiration diaphragmatique qui tire son nom du muscle qu'elle sollicite. De fait, c'est une respiration qui s'avère plus lente et profonde, menant à un meilleur « remplissage » et « vidage » des poumons. Le sang est alors mieux oxygéné, tandis que le système parasympathique se met en action, contrant ainsi les processus d'alerte (fight or flight).

Bien souvent, les individus anxieux ont tendance à respirer par le thorax (ce qui s'accompagne également de tensions musculaires). Dans la respiration diaphragmatique, c'est alors le ventre qui va se soulever. On comprend aisément qu'il est difficile de respirer de cette façon tout en restant tendu.

La méthode est très simple :

1. Le patient va s'installer confortablement dans un endroit calme.
2. Il va poser une main sur son abdomen et l'autre sur sa poitrine afin de bien sentir leurs mouvements pour ensuite adapter sa respiration.
3. Il va inspirer lentement et profondément de manière à faire gonfler son ventre.
4. Puis il va expirer doucement pour faire remonter le diaphragme vers la poitrine

Durant la séance, les muscles du visage, des épaules et de l'abdomen seront détendus. L'exercice peut être répété tous les jours et dure entre 5 et 10 minutes.

Milgrom et ses collègues ont alors prouvé que la respiration diaphragmatique permettait un ralentissement de la fréquence cardiaque. Les patients anxieux rapportaient même s'être sentis plus à l'aise. (28,104)

○ **Relaxation musculaire progressive :**

Le principe ici est basé sur la physiologie des muscles. En effet, lorsqu'un muscle est tendu puis détendu, il ne revient pas à son état initial, mais sera plus détendu encore.

Pour se faire, le patient devra procéder comme suit :

1. Il va s'installer confortablement dans un endroit calme.
2. Il va contracter différents muscles en progressant du haut vers le bas du corps pendant 5 secondes.
3. Puis il va relâcher ses muscles.

Au fur et à mesure de la séance, la respiration se fera plus lente et profonde, la fréquence cardiaque et la tension artérielle vont diminuer et les capillaires vont se vasodilater. Le patient ressentira alors une chaleur s'installer en lui.

C'est là encore une procédure qui s'est montrée efficace pour traiter les troubles anxieux de certains patients. (28,105,106)

○ **Imagerie mentale :**

L'imagerie mentale est une technique faisant appel aux ressources de l'esprit, de l'imagination et de l'intuition. La plupart du temps, celle-ci se réalise avec un intervenant qui

dirigera la séance. Le patient doit alors s'asseoir tranquillement, détendre les muscles de son corps et ensuite imaginer un lieu de paix et de détente. Après quoi, le praticien guide l'individu dans son univers, en essayant d'éveiller ses sens, tels que la vue, le toucher, l'odorat.

Penser à une situation agréable aura tendance à mener vers un réel état de détente. Cette approche sera utilisée dans certaines méthodes de relaxation et en hypnose. (28,107)

○ **Désensibilisation systématique :**

Cette technique consiste à exposer progressivement un individu anxieux à un aspect de la dentisterie qu'il redoute, tout en l'encourageant à utiliser des stratégies de relaxation.

Prenons l'exemple d'un patient qui a peur des aiguilles. Dans ce cas, le dentiste peut tout d'abord lui montrer la seringue, lui expliquer ses différents constituants, et la lui faire tenir. Ensuite, il pourra simuler l'injection en conservant l'opercule sur l'aiguille. Dans un même temps, il encouragera le patient à se détendre. Le procédé sera répété autant de fois que nécessaire et évoluera toujours un peu plus jusqu'à ce que le patient soit beaucoup moins anxieux à l'idée de la piqûre.

Hakeberg et son équipe ont montré que les patients anxieux qui se sont soumis à cette tactique de relaxation présentaient une plus grande réduction de la peur en comparaison avec des patients prémédiqués au diazépam. (28,108)

○ **Restructuration cognitive :**

Comme vu précédemment, la distraction et l'imagerie mentale permettent de détourner l'attention du patient. La restructuration cognitive vise plutôt à modifier et à restructurer le contenu cognitif négatif d'un individu. Cela permet d'améliorer le contrôle qu'il peut avoir sur une pensée en particulier.

Le processus consiste à identifier les interprétations erronées et le catastrophisme que le patient associe aux soins dentaires, puis à faire des recadrages en les remplaçant par des pensées plus réalistes. Cette méthode a fait l'objet d'études qui peuvent attester de son efficacité. (28,109)

○ **Hypnose :**

L'hypnose se définit comme un procédé interactif par lequel un intervenant tente d'influencer les perceptions, sentiments, pensées et comportements d'un individu en lui demandant de se concentrer sur certaines images et expériences agréables. Lors de la séance, le patient plonge dans un état de conscience modifié. Différents types d'hypnose existent actuellement. Les plus connus étant l'hypnose classique et l'hypnose Ericksonienne.

- L'hypnose classique est la première forme parue en 1841. L'opérateur est alors le seul maître du jeu. C'est lui qui gère la séance par le biais de techniques de langage. Le patient ne pourra que très rarement quitter son état de transe, cependant il ne sera pas non plus à même de la reproduire seul.
- L'hypnose Ericksonienne place le patient au centre de la thérapie. C'est alors à lui de mettre à profit l'état hypnotique pour accéder à ses ressources intérieures. Il peut donc arrêter la séance à tout moment et la reproduire seul.

L'hypnose peut se montrer très efficace sur la perception douloureuse et l'anxiété. Cependant, utilisée de façon inappropriée, elle est en mesure d'entraîner une perte de confiance du patient. (28,110,111)

3) **Recommandations internationales concernant la prise en charge en fonction de la typologie du patient anxieux :** (28)

Le Seattle system a défini quatre typologies de patient anxieux. Une prise en charge adaptée permettrait au praticien de mener les soins à leurs termes et ainsi briser le cercle vicieux entretenu notamment par l'évitement des rendez-vous.

- **Type I : Fearful of specific stimuli** (peur de certains stimuli spécifiques)

La désensibilisation systématique semble la méthode la plus évidente pour prendre en charge ce type de patient. L'exposition répétée au stimulus anxiogène couplée avec des méthodes de relaxation amènera à une diminution du niveau de peur. Le praticien transforme le stimulus en expérience positive.

- **Type II : Fearful of medical catastrophe** (peur d'une catastrophe médicale)

Avec ces patients-ci, il est impératif de collecter l'ensemble des antécédents médicaux et d'aiguiller si besoin vers un allergologue. En d'autres termes, il faut distinguer les réactions allergiques des réactions liées à la peur. Bien souvent, le patient se sentira écouté et rassuré si son praticien l'oriente vers des tests de dépistage. Si aucune allergie n'est constatée, il sera soulagé et comprendra plus aisément que les sensations ressenties ne sont pas l'œuvre d'un problème de santé.

Focalisons-nous à présent sur les effets provoqués par l'épinéphrine comprise dans les carpules d'anesthésie. Celle-ci peut provoquer une accélération du rythme cardiaque et créer un état de malaise. Pour pallier à cela, le praticien peut expliquer à son patient les sensations avant l'injection et les comparer par exemple à une « poussée d'adrénaline ». Il peut aussi proposer d'injecter une faible dose pour faire une démonstration. Pendant la réalisation de l'anesthésie, il lui est possible d'utiliser des méthodes de relaxation comme la respiration diaphragmatique pour ralentir la fréquence cardiaque.

- **Type III : Generalized dental anxiety** (anxiété dentaire généralisée)

Ce sont des patients qui ont besoin d'être rassurés avant, pendant et après l'intervention. Il est important de conserver une échelle graduelle lors de la réalisation des soins et de se concentrer sur le présent, étape par étape, avant d'envisager l'acte à venir.

Pour cela, le praticien se doit d'être à l'écoute de son patient pour comprendre quel acte semble plus facile à recevoir qu'un autre. Il arrive fréquemment cependant que ce genre d'individu se fixe des objectifs irréalisables pour essayer d'aller de l'avant. Le rôle du chirurgien-dentiste sera alors d'instaurer un rythme et un ordre bien précis dans son plan de traitement pour maîtriser l'anxiété de son patient.

Les solutions de relaxation que nous avons évoquées précédemment peuvent être employées au cours de l'avancée dans les soins. Elles favoriseront la détente du patient et contribueront à une diminution de son niveau d'anxiété.

- **Type IV : Distrustful of dental personnel** (méfiance vis-à-vis des personnels soignants)

Ces patients-là répondent le mieux aux informations et aux demandes d'autorisation.

Expliquer toutes les étapes et le déroulement des soins à chaque séance fournit la sensation de contrôle. Lors d'un plan de traitement, toutes les solutions thérapeutiques doivent être proposées et précisément expliquées que ce soit verbalement ou par écrit. Ce sont des patients qui apprécieront avoir différents devis entre les mains, parce qu'ils se sentiront maître dans le choix de la thérapeutique et pourront aller vérifier l'information s'ils le souhaitent. Lors de l'intervention, le praticien peut proposer au patient de regarder en lui fournissant un miroir. Ainsi, il constatera par lui-même que l'acte réalisé est bien celui qu'avait expliqué le dentiste.

Demander la permission avant chaque geste peut s'avérer également très efficace. De cette manière, le dentiste peut demander l'accord du patient avant de l'allonger, avant d'utiliser tel instrument, etc.

Ce sont des patients qui pourront demander à récupérer leur plan de traitement ainsi que les radios pour demander l'avis d'un autre chirurgien-dentiste. En ce cas, il ne faut pas refuser, mais plutôt comprendre que c'est un moyen pour lui de se rassurer. Une fois la confiance établie, ces patients sont relativement simples à traiter.

4) **Recommandations internationales concernant la prise en charge en fonction du niveau d'anxiété du patient** : (28)

La gestion des patients doit également tenir compte de leur niveau d'anxiété. En effet, elle pourra varier des méthodes de relaxation à une prise en charge pharmacologique pour les cas les plus extrêmes.

- **Les patients avec un faible niveau d'anxiété :**

La prise en charge est ici aisée. La mise en place d'une relation de confiance joue un rôle crucial.

Pour se faire, la communication verbale et non verbale est de mise. Ces patients auront également besoin de retrouver une certaine prévisibilité dans le déroulement des soins. Leur fournir le contrôle par le biais de la démonstration, du signalement ou encore dans les pauses peut être un bon début.

Ils sont également très réceptifs aux méthodes de relaxation. Il convient alors de discuter de cette solution avec eux afin de discerner quel procédé leur conviendrait le mieux.

- **Les patients avec un niveau d'anxiété modéré :**

A ce niveau déjà, l'anxiété peut représenter un véritable frein. Les méthodes employées pour les niveaux faibles d'anxiété sont néanmoins à tenter. Hélas, il se peut que la communication et le contrôle ne soient pas suffisants. Ce sont d'ailleurs des patients chez qui les méthodes de relaxation ne seront pas assez efficaces pour réaliser des soins. Il faut alors prendre le temps, trouver le procédé le plus approprié au patient et parfois envisager la solution d'une prémédication sédatrice et/ou une sédation consciente.

▪ **Les patients avec un niveau d'anxiété élevé :**

Encore une fois, les options précédemment évoquées doivent être tentées. Ce sont toutefois des patients nettement plus difficiles à soigner. Certains seront même phobiques du dentiste (notons d'ailleurs que l'odontophobie a été reconnue par l'OMS comme étant une maladie) (112). Pour la prise en charge de ces patients, il n'est pas rare que le chirurgien-dentiste travaille de concert avec un psychothérapeute.

La thérapie cognitivo-comportementale, la désensibilisation systématique, la restructuration cognitive ou même l'hypnose peuvent être essayées, bien qu'elles constituent des approches plus complexes pour le praticien. Des formations sont d'ailleurs disponibles pour les professionnels de santé intéressés par ce domaine.

Néanmoins, lorsque le besoin de soin relève de l'urgence dentaire, et après échec d'une prémédication sédatrice et/ou une sédation consciente, il faudra orienter le patient vers l'anesthésie générale. Les professionnels libéraux manquent souvent de formation dans ce domaine. De fait, bien souvent le patient sera redirigé vers une structure équipée pour fournir de tels services.

Soulignons bien que l'anesthésie générale constitue le dernier recours possible. En effet, elle ne contribue aucunement à diminuer le niveau d'anxiété du patient. Au contraire, elle peut avoir des répercussions négatives sur la peur liée aux soins dentaires. Malheureusement, elle reste la dernière option pour soulager le patient de très fortes douleurs. (113)

C) Gestion chez l'enfant :

Une grande partie de la prise en charge non pharmacologique est applicable chez l'enfant pour réduire l'anxiété. Cela étant, le niveau de développement sera à prendre en considération dans l'efficacité de certaines approches.

1) Modélisation :

L'enfance est une période de la vie humaine au sein de laquelle l'individu se développe. Par conséquent, les plus jeunes observent énormément leur entourage pour prendre exemple. La modélisation permet justement à l'enfant d'observer un individu effectuant un comportement donné.

Ainsi, si un enfant assiste au rendez-vous dentaire de sa mère et qu'elle se comporte naturellement et sans crainte, alors celui-ci ne s'imaginera pas que le dentiste représente une menace. (114)

La modélisation préventive peut être particulièrement efficace pour les enfants qui n'ont encore jamais été exposés aux soins dentaires. La mettre davantage en pratique pourrait favoriser les comportements coopérants lors du premier rendez-vous de l'enfant.

Évidemment, cette modélisation peut se faire aussi par le biais de la télévision (film, émissions). De même, filmer une consultation chez le chirurgien-dentiste ne demande pas un lourd équipement et peut souvent suffire. (28)

2) **Distraction** :

Plusieurs méthodes de distraction peuvent être employées chez l'enfant. Il faut alors rester attentif à ce que le jeune patient apprécie. Par exemple, un enfant qui s'amuse avec un jouet en salle d'attente pourra être distrait avec celui-ci sur le fauteuil. Le praticien peut également se servir du jouet pour montrer un soin et ainsi créer une expérience positive chez l'enfant. (28)

Un travail mené en Australie et en Nouvelle-Zélande a révélé que 63% des praticiens fournissaient des jeux en salle d'attente, et 53% laissaient garder le jouet aux enfants lors des soins pour une meilleure approche dans la gestion de l'anxiété. (115)

Des distractions sonores peuvent également être employées telles que les chansons, les histoires audio, etc. Une étude a montré que les enfants qui ont le choix parmi une gamme de distraction sonore étaient beaucoup plus coopérants que le groupe témoin. (116)

3) **Renforcement positif** :

Le principe reste le même que chez l'adulte. Ici, le procédé consistera à encourager, féliciter, voire même à récompenser l'enfant. Celui-ci va alors gagner en motivation. De même, il est reconnu que le renforcement positif mène à une réduction du niveau d'anxiété chez l'enfant. (117)

4) **Restructuration cognitive** :

Après la réalisation d'un soin, l'information fournie à un individu peut influencer à la fois le souvenir qu'aura le patient de son rendez-vous, mais aussi influencer le prochain qui aura lieu au cabinet dentaire.

Une étude portant sur des enfants entre 6 et 7 ans visait à restructurer les souvenirs associés à la crainte et à la douleur lors des soins conservateurs. Au cours de la seconde visite chez le dentiste on avait :

- montré aux enfants des photos d'eux-mêmes souriant lors de la première visite.
- demandé de dire à leurs parents à quel point ils avaient été courageux auparavant.
- fourni des exemples concrets de leurs comportements positifs antérieurs.
- insisté sur le sentiment d'accomplissement que l'enfant pouvait ressentir pour ses efforts passés.

De fait, après la seconde visite, les enfants avaient un souvenir nettement moins associé à la peur et à la douleur. De surcroît, ils avaient même amélioré leur comportement. (118)

5) **Les méthodes à éviter pour une relation de confiance entre l'enfant et le praticien** :

○ **La contention de l'enfant** :

La contention consiste en une restriction forcée du mouvement de l'enfant. Le parent ou le praticien est alors amené à le tenir pour réaliser les soins de force. Le « hand over mouth » est un exercice qui s'en rapproche également. Dans ce cas, le praticien met une main sur la bouche de l'enfant et lui dit qu'il la retirera dès lors qu'il sera calme. Évidemment, toutes ces

méthodes sont fortement controversées et ne sont pas toujours acceptées dans tous les pays. (28)

L'Académie américaine de dentisterie pédiatrique recommande l'utilisation de la contention uniquement pour les cas où aucune autre solution alternative n'est possible et qu'une intervention doit être faite pour soulager l'enfant. À contrario, des nouvelles pensées émergent et stipulent que, sauf si l'enfant est en danger de mort, la contention est inacceptable, voire inhumaine. (119)

Comme on peut aisément s'en douter, la contention ne permet aucunement de diminution le niveau d'anxiété. Elle joue en revanche un rôle significatif dans l'établissement de la crainte du dentiste. (120)

○ **La commande vocale :**

La commande vocale est une technique de punition impliquant une modification contrôlée du volume, de la tonalité ou du rythme de la voix pour réduire le comportement perturbateur d'un enfant. (28)

Gronder un enfant peut s'avérer efficace pour réduire son comportement perturbateur (121). Cependant, les attentes varient selon les sociétés, et la commande vocale est plus ou moins bien acceptée. Au Brésil et en Israël par exemple, l'opinion penche en faveur de gronder l'enfant. En revanche, aux USA et en Arabie Saoudite, la commande vocale est bien moins acceptée par les parents. (28)

De plus, les enfants anxieux à l'égard du dentiste acceptent moins cette méthode. Le fait de gronder pourrait en outre altérer la relation de confiance si fragile qui doit se créer entre le jeune patient et le praticien. La commande vocale peut fonctionner sur le court terme, mais mène à des sentiments de méfiance durables envers le dentiste. On comprend alors qu'elle peut être un frein pour la gestion de l'anxiété chez l'enfant. (122)

VII. Prise en charge pharmacologique des patients anxieux ou phobiques :

Lorsque le praticien se retrouve confronté à des patients stressés pour lesquels la prise en charge psychologique s'avère insuffisante ou inefficace, il peut alors réaliser des prescriptions. La médication permettra un bien-être psychique de telle sorte que la séance puisse se dérouler dans de meilleures conditions. Toutefois, la prise en charge pharmacologique ne doit pas être systématique et fera l'objet d'évaluations préalables avant prescription.

A) La prémédication sédatrice :

Avant un rendez-vous chez le chirurgien-dentiste, ce dernier peut prendre la décision, s'il le juge nécessaire, de prescrire une médication à but anxiolytique. La molécule doit alors être prescrite à la dose efficace la plus faible pour une durée la plus brève possible (123). Chez l'enfant, l'efficacité de la médication n'a pas fait l'objet d'études spécifiques (124). Cela étant, la prescription doit se faire selon le poids de l'enfant avec le consentement du ou des responsables légaux (125).

1) L'hydroxyzine :

Effets cliniques : l'hydroxyzine détient des propriétés anxiolytiques, antihistaminiques (H1), anticholinergiques, antiémétiques, anti-arythmiques et bronchodilatatrices (126,127).

Effets indésirables : Ce type de molécule peut être responsable: (126,128)

- de désordres psychiatriques (sommolence, baisse de la vigilance)
- de dyskinésies et de dystonies.
- de désordres gastro-intestinaux (constipation, perte d'appétit)
- de troubles du rythme

Indications : En odontologie, l'hydroxyzine est recommandée pour la prise en charge des patients avec une anxiété légère à modérée par voie orale.

Contre-indications : L'hydroxyzine ne doit pas être prescrite chez le patient à risque de glaucome à angle fermé, à risque de rétention d'urine (adénome de la prostate), de porphyrie, prédisposé aux torsades de pointes. (128)

Exemple et posologie en prémédication :

- ATARAX ® : 1-2mg/kg sans dépasser 100mg dans une journée. (127,129)

1) Les benzodiazépines :

Effets cliniques: les benzodiazépines jouent un rôle anxiolytique, sédatif, hypnotique, myorelaxant et parfois anticonvulsivant. (130)

Effets indésirables : Ce type de molécule peut être responsable : (126,131,132)

- d'une dépression respiratoire (néanmoins, si les doses thérapeutiques sont respectées, cela se produit rarement).
- d'une dépression cardiovasculaire (il peut arriver d'observer une légère diminution de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle et enfin de la contractilité du myocarde. Encore une fois, cela ne se produit pas si les doses sont respectées).
- de désordres neurologiques (amnésie antérograde, somnolence, perte de connaissance).
- de désordres psychiatriques (confusion, agitation, abus).

Indications : en odontologie, les benzodiazépines sont recommandées pour la prise en charge des patients avec une anxiété modérée à sévère par voie orale.

Contre-indications : Les benzodiazépines ne doivent pas être prescrites si le patient est allergique, psychotique, insuffisant respiratoire ou fait de l'apnée du sommeil, s'il est insuffisant hépatique grave, myasthénique ou myodystrophique. (126,132,133)

Exemples et posologies en prémédication : (133)

- Le Diazépam (VALIUM ®) : 10 à 15mg en 1 prise, 1 heure avant l'intervention pour un rendez-vous de plus de deux heures.
- Alprazolam (XANAX ®) : 0,25 à 0,50mg, en 1 prise, 1 heure avant l'intervention pour les consultations de plus de trois heures.

B) Anesthésie de contact et anesthésie locale :

Maîtriser la douleur fait désormais partie intégrante du métier de chirurgien-dentiste.

L'anesthésie de contact, telle que la xylocaïne, permet une action superficielle sur la gencive. Elle est relativement utilisée en dentisterie pédiatrique, mais peut aussi être réclamée par certains adultes. Son action va alors permettre de diminuer la douleur qui peut se faire ressentir lors de l'injection de l'anesthésie locale. C'est une alternative efficace pour diminuer l'anxiété que peut bien provoquer la piqûre. (134)

L'anesthésie locale, quant à elle, consiste en l'injection d'un produit à base d'adrénaline qui va permettre de diminuer la conduction de l'influx le long de la fibre nerveuse. De fait, elle va annihiler les perceptions douloureuses pouvant se manifester lors d'un soin. La peur souvent associée à la douleur peut donc être contrôlée avec succès grâce à l'anesthésie. (135,136)

C) Sédation consciente :

La sédation consciente est permise par l'inhalation d'un mélange équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène (MEOPA). Le mélange va ensuite se solubiliser dans le sang. Les effets se feront ressentir au bout de 3 minutes seulement. Après quoi, le produit sera rapidement éliminé par voie pulmonaire dans les 5 minutes suivant l'arrêt de l'inhalation. (137,138)

Effets cliniques : Le MEOPA ne se substitue aucunement à l'anesthésie locale, mais il permet toutefois de gérer l'anxiété du patient. Il aura pour effet d'induire une action anxiolytique, euphorisante et antalgique. Tout du long de la séance, le patient restera à l'état vigile, il conservera ses réflexes de protection des voies aéro-digestives supérieures, une respiration et des mouvements oculaires normaux, et sera à même de répondre à la commande verbale. (137,138)

Effets indésirables : Ils sont relativement rares et réversibles après quelques minutes. On retrouve parmi eux des nausées et vomissements, une sensation de malaise et parfois une dysphorie. (138)

Indications : Le MEOPA est recommandé chez le patient anxieux et phobique après échec d'une prise en charge non pharmacologique.

Une étude a prouvé que les multiples séances d'inhalation de MEOPA amélioraient la coopération du patient lors des soins dentaires (139).

Cela étant, Peretz et son équipe se sont rendu compte qu'on pouvait distinguer deux catégories de patients phobiques : ceux qui répondaient positivement au MEOPA, et ceux qui répondaient négativement. Entre autre, les patients qui répondaient mal avaient plus tendance à annuler leur rendez-vous. Rappelons que l'évitement est le critère principal de la phobie. Au travers de cette étude, on comprend que la sédation consciente n'est pas toujours suffisante pour prendre en charge les patients phobiques (140).

Contre-indications : Le MEOPA est à proscrire si : (137)

- le masque ne peut être appliqué
- le patient souffre de troubles de la personnalité
- le patient souffre d'hypertension intracrânienne
- le patient présente des risques ou un historique de pneumothorax, d'occlusion intestinale, d'emphysème.
- le patient a une atteinte de l'oreille moyenne (otite)
- le patient est atteint d'une maladie pulmonaire obstructive sévère chronique ou d'une insuffisance respiratoire sévère.

D) L'anesthésie générale :

Effets cliniques : L'anesthésie générale est un acte permettant la suspension temporaire et réversible de l'état de conscience et de la sensibilité douloureuse. Elle est obtenue par l'inhalation ou l'injection intraveineuse d'un produit contenant des agents halogénés, des morphinomimétiques et des curares. (20)

Effets indésirables :

- Des nausées et vomissements post-opératoires peuvent survenir lors des premières 24 heures. Non moins de 20 à 30% des patients sont touchés. (141)
- Des maux de gorge peuvent également être retrouvés jusqu'à 40% des patients dans les premières heures. Ce désagrément est lié à l'intubation trachéale. (142)

Indications : Selon l'HAS, l'anesthésie générale peut être réalisée : (143)

- *Selon l'état général du patient* :
 - Après échec de tentatives de soin au fauteuil lié au comportement non coopérant du patient.
 - En cas de nécessité d'une mise en état buccale lourde et pressante avant thérapeutique médico-chirurgicale spécifique et urgente.
 - En cas de limitation importante de l'ouverture buccale.
 - En cas de forts réflexes nauséux.
- *Selon l'intervention* :
 - En cas d'interventions longues, complexes, regroupement de plusieurs actes en une même séance.
 - En cas d'état infectieux loco-régional nécessitant une intervention en urgence.

- *Selon l'anesthésie locale :*
- En cas de contre-indications avérées de l'anesthésie locale (allergie confirmée par un allergologue).
- En cas d'impossibilité d'atteindre un niveau d'anesthésie locale suffisant après des tentatives répétées au cours de plusieurs séances.

Contre-indications : L'anesthésie générale sera proscrite si le patient présente des risques anesthésiques majeurs (importance du bénéfice-risque), si le patient ou les responsables légaux de l'enfant refusent l'anesthésie générale. (143)

VIII. Conclusion :

Les patients anxieux et phobiques redoutent de se rendre au cabinet dentaire et renoncent aux soins, malgré les progrès de la dentisterie. Par conséquent, cette détresse psychologique peut mener à un niveau de santé bucco-dentaire médiocre nécessitant alors des soins plus onéreux et surtout plus invasifs. (28)

Les problèmes de comportement liés à la crainte du patient combinés à la complexité des actes à réaliser constituent alors une expérience angoissante et désagréable pour le patient, mais également pour le chirurgien-dentiste. (144)

La santé reste un droit humain fondamental (145). Prendre soin de sa santé devrait être à la portée de tous. En tant que professionnels dans ce domaine, nous nous devons d'offrir à nos patients une certaine égalité et accessibilité aux soins.

Dans la gestion de la peur, un large éventail de solutions existe, pouvant mêler approches psychologiques et pharmacologiques. Une prise en charge adaptée, basée sur l'empathie et sur une approche systématique, permet de traiter efficacement les patients les plus anxieux.

Références bibliographiques :

1. Humphrey LT, Groote ID, Morales J, Barton N, Collcutt S, Ramsey CB, et al. Earliest evidence for caries and exploitation of starchy plant foods in Pleistocene hunter-gatherers from Morocco. *Proc Natl Acad Sci USA* janv 2014;111(3):954-9.
2. Baron A, Baron P. L'art dentaire à travers la peinture. 1986. Disponible sur : <http://www.acr-edition.com/>
3. Dechaume M, Huard P. Histoire illustrée de l'art dentaire. Stomatologie et odontologie. Paris : R. Dacosta, 1977.
4. Siraisi NG, Shatzmiller J. Medieval and early Renaissance medicine: an introduction to knowledge and practice, 1990. [Internet]. Vol. 36. Persée - Portail des revues scientifiques en SHS; 1993 [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/ccmed_0007-9731_1993_num_36_143_2567_t1_0326_0000_3
5. Histoire pour tous de France et du Monde. Invention de l'imprimerie - Gutenberg (1454) [Internet]. [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.histoire-pour-tous.fr/inventions/307-invention-de-imprimerie.html>
6. Riaud X. Histoire de la médecine bucco-dentaire. Paris : L'Harmattan, 2010.
7. L'Internaute. Mentir comme un arracheur de dents: signification et origine de l'expression [Internet]. [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.linternaute.fr/expression/langue-francaise/95/mentir-comme-un-arracheur-de-dents/>
8. Mômes.net. Les expressions françaises autour des dents [Internet]. Momes.net. 2020 [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.momes.net/Apprendre/Sciences-naturelles/decouvrir-le-corps-humain/Les-dents/Les-expressions-de-dents>
9. Ivern. La vie de bagnard d'un métropolitain à Kourou. 1983. Disponible sur cadoweb.com
10. Bercovici C. Les femmes en blanc présentent: Les dentistes. Tome 5.- Charleroi, Belgique : Éditions Dupuis, 2011.
11. Jean Roba AF. Les aventures de Spirou et Fantasio: Spirou et les hommes-bulles. Volume 17. Charleroi, Belgique : Dupuis, 1964.
12. Tardi J. Adèle Blanc-Sec: Le mystère des profondeurs. Tome 8. Bruxelles, Belgique : Casterman; 1998.
13. Lambil W. Pauvre, pauvre Lampil! Journal de Spirou. Charleroi, Belgique : Dupuis; 1976.
14. Franz et Vicq. Les aventures de Korrigan - L'arracheur de dents- le journal de tintin. 1975.

15. AlloCine. Yuzna B. The dentist. 1996. Disponible sur: https://www.allocine.fr/film/fichefilm_gen_cfilm=54884.html
16. CinemaFantastique.net. Yuzna B. The dentist 2. 1998. Disponible sur: <https://cinemafantastique.net/Dentiste-2-Le.html>
17. AlloCine.Oz F. Little shop of Horrors. 1986. Disponible sur: https://www.allocine.fr/film/fichefilm_gen_cfilm=2575.html
18. AlloCine. Schlesinger J. Marathon man. 1976. Disponible sur: https://www.allocine.fr/film/fichefilm_gen_cfilm=8172.html
19. Tripi G. The Root of the problem. 2013. Tribeca Film Festival [Internet]. Disponible sur: <https://tribecafilm.com/films/513e29dbc07f5df43e000002-the-root-of-the-problem>
20. Larousse É. Larousse.fr: encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne [Internet]. [cité 12 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/>
21. Psychologies.com. Dico Psycho [Internet]. 2009 [cité 12 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Peur>
22. Anxiete.fr: le site de référence de l'anxiété [Internet]. Anxiété. [cité 12 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.anxiete.fr/>
23. Birraux A. Quelques notes à propos de la peur et de la phobie. *Enfances Psy*. Mars 2015; 65(1):25-32.
24. DSM-V - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2015.
25. Oosterink FMD, de Jongh A, Hoogstraten J. Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. *Eur J Oral Sci*. avr 2009;117(2):135-43.
26. Saatchi M, Abtahi M, Mohammadi G, Mirdamadi M, Binandeh ES. The prevalence of dental anxiety and fear in patients referred to Isfahan Dental School, Iran. *Dent Res J (Isfahan)*. 2015;12(3):248-53.
27. Armfield JM. The extent and nature of dental fear and phobia in Australia - 2010 - *Australian Dental Journal* - Wiley Online Library [Internet]. [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: <https://nomade.etu.univ-nantes.fr/doi/full/10.1111/,DanaInfo=onlinelibrary.wiley.com,SSL+j.1834-7819.2010.01256.x>
28. Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J*. 2013;58(4):390-407.
29. Nicolas E, Collado V, Faulks D, Bullier B, Hennequin M. A national cross-sectional survey of dental anxiety in the French adult population. *BMC Oral Health*. oct 2007;7:12.
30. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res*. août 1969;48(4):596.
31. Jason M. Armfield. How Do we measure dental fear and what are we measuring

- anyway? *Oral Health Prev Dent.* Juin 2010;8(2):107-15.
32. Humphris GM, Dyer TA, Robinson PG. The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age | *BMC Oral Health* | Full Text [Internet]. [cité 13 juin 2020]. Disponible sur: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6831-9-20>
 33. Ra K, Rm T, Fd M, J H. Factor analysis of the dental fear survey with cross-validation. *J Am Dent Assoc.* 1 janv 1984;108(1):59-61.
 34. Armfield JM. Development and psychometric evaluation of the Index of Dental Anxiety and Fear (IDAF-4C+). *Psychol Assess.* juin 2010;22(2):279-87.
 35. Quenneville I. Adaptation québécoise-française et validation de l'index of dental anxiety and fear (échelle de peur et d'anxiété des traitements dentaires). 2013 [cité 13 oct 2020]; Disponible sur: <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/24413>
 36. Vinckier F, Vansteenkiste G. [Medical history in relation to dental anxiety in children]. *Rev Belge Med Dent* 2003;58(4):234-44.
 37. Arapostathis KN, Coolidge T, Emmanouil D, Kotsanos N. Reliability and validity of the Greek version of the Children's Fear Survey Schedule–Dental Subscale. *Int J Paediatr Dent.* Sept 2008;18(5):374-9.
 38. Howard KE, Freeman R. Reliability and validity of a faces version of the Modified Child Dental Anxiety Scale. *Int J Paediatr Dent.* juill 2007;17(4):281-8.
 39. Krishnappa S, Srinath S, Sk V, Bhardwaj P, Singh R. Evaluation of facial image scale and Venham picture test used to assess dental anxiety in children. *Journal of Indian Association of Public Health Dentistry.*1993;5.
 40. Locker D, Liddell A, Shapiro D. Diagnostic categories of dental anxiety: a population-based study. *Behav Res Ther.* janv 1999;37(1):25-37.
 41. B W, A A, S W. Fear of dental treatment and its possible effects on oral health. *Eur J Med Res.* févr 1999;4(2):72-7.
 42. Jansen AS, Nguyen XV, Karpitskiy V, Mettenleiter TC, Loewy AD. Central command neurons of the sympathetic nervous system: basis of the fight-or-flight response. *Science.* oct 1995;270(5236):644-6.
 43. Bradley MM, Silakowski T, Lang PJ. Fear of pain and defensive activation. *Pain.* juill 2008;137(1):156-63.
 44. Bradley MM, Moulder B, Lang PJ. When good things go bad: the reflex physiology of defense. *Psychol Sci.* juin 2005;16(6):468-73.
 45. Schulte M. Equipe Dentaire de Lucerne. Dentophobie: La peur du chirurgien dentiste, 2010-2013. Disponible sur: <http://dentophobie.ch/francais/download/dentophobie.pdf>
 46. Guillaume. Relation patient 1/2 | Relation humaine au cabinet dentaire [Internet]. La

gestion du cabinet dentaire. 2019 [cité 14 juin 2020]. Disponible sur: <https://la-gestion-du-cabinet-dentaire.fr/la-relation-patient/>

47. Dr A, Dr Amzalag J. Comment vaincre l'angoisse liée aux soins dentaires? [Internet]. [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.capitaldents.com/1434/psychosociologie/comment-vaincre-angoisse-liee-aux-soins-dentaires/>
48. Towards a better understanding of dental anxiety and fear: cognitions vs. experiences - Armfield - 2010 - European Journal of Oral Sciences - Wiley Online Library [Internet]. [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: <https://nomade.etu.univ-nantes.fr/doi/full/10.1111/,DanaInfo=onlinelibrary.wiley.com,SSL+j.1600-0722.2010.00740.x>
49. Carter AE, Carter G, Boschen M, AlShwaimi E, George R. Pathways of fear and anxiety in dentistry: a review. *World J Clin Cases*. nov 2014;2(11):642-53.
50. Douglas L. Medin. *Psychology of learning and motivation: advances in research and theory*. Cambridge : Academic Press; 1992.
51. Morgan JB, Watson JB. Emotional reactions and psychological experimentation. By John B. Watson and J. J. B. Morgan, 1917. *Am J Psychol*. 1987;100(3-4):510-37.
52. Armfield JM, Slade GD, Spencer AJ. Cognitive vulnerability and dental fear. *BMC Oral Health*. janv 2008;8(1):2.
53. Rachman S, Rachman S. *Fear and courage*. San Francisco: W.H. Freeman; 1978.
54. Rachman S. The conditioning theory of fear-acquisition: a critical examination - *Behaviour Research and Therapy* 1977;15(5):375-387. [Internet]. [cité 18 juin 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/612338/>
55. Field AP, Lawson J, Banerjee R. The verbal threat information pathway to fear in children: the longitudinal effects on fear cognitions and the immediate effects on avoidance behavior. *J Abnorm Psychol*. févr 2008;117(1):214-24.
56. Carrillo-Diaz M, Crego A, Armfield JM, Romero-Maroto M. Treatment experience, frequency of dental visits, and children's dental fear: a cognitive approach. *Eur J Oral Sci*. févr 2012;120(1):75-81.
57. The moderating role of dental expectancies on the relationship between cognitive vulnerability and dental fear in children and adolescents. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013;41(3):269-278.
58. Armfield JM, Milgrom P. A clinician guide to patients afraid of dental injections and numbness. *SAAD Dig*. janv 2011;27:33-9.
59. Meldman MJ. The dental-phobia test. *Psychosomatics* déc 1972;13(6):371-2.
60. Elmehdi HM. Assessing acoustic noise levels in dental clinics and its link to dental anxiety and fear among UAE population. 2010;4. Disponible sur: </paper/Assessing-acoustic-noise-levels-in-dental-clinics->

61. Kannissery Pramod, Shahid H. Ansari, Javed Ali. Eugenol: a natural compound with versatile pharmacological actions. - Kannissery Pramod, Shahid H. Ansari, Javed Ali, 2010. *Natural Product Communications* [Internet]. 1 déc 2010 [cité 19 juin 2020]; Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1934578X1000501236>
62. Markowitz K, Moynihan M, Liu M, Kim S. Biologic properties of eugenol and zinc oxide-eugenol. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* juin 1992;73(6):729-37.
63. VIDAL - ALODONT sol p bain bouch - Fiche abrégée [Internet]. [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/alodont-645.htm>
64. VIDAL - PULPARTHROL sol pour usage dentaire - Fiche abrégée [Internet]. [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.vidal.fr/Medicament/pulparthrol-14011.htm>
65. Robin O, Alaoui-Ismaïli O, Dittmar A, Vernet-Maury E. Basic emotions evoked by Eugenol odor differ according to the dental experience. A neurovegetative analysis. *Chem Senses*. 1 janv 1999;24(3):327-35.
66. Cameron L, Randall MS, Grant P, Schulman BS, Richard J, Crout, Daniel W, McNeil. Gagging and its associations with dental care-related fear, fear of pain and beliefs about treatment. *J Am Dent Assoc* mai 2014;145(5):452-8.
67. Carlsson KHA, Ulf Berggren, Lillemor RM, Hallberg, Sven G. Ambivalence in coping with dental fear and avoidance: a qualitative study. *Journal of Health Psychology* [Internet]. 1 juill 2016 [cité 19 juin 2020];
68. Pohjola V, Mattila AK, Joukamaa M, Lahti S. Anxiety and depressive disorders and dental fear among adults in Finland. *Eur J Oral Sci*. févr 2011;119(1):55-60.
69. Dental anxiety: What role do sleep disorders play in dental fears? | *DentistryIQ* [Internet]. [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: <https://nomade.etu.univ-nantes.fr/dental-hygiene/student-hygiene/article/16352296/,DanaInfo=www.dentistryiq.com,SSL+dental-anxiety-what-role-do-sleep-disorders-play-in-dental-fears>
70. Willumsen T. The impact of childhood sexual abuse on dental fear. *Community Dent Oral Epidemiol*. févr 2004;32(1):73-9.
71. Larijani HH, Guggisberg M. Improving clinical practice: what dentists need to know about the association between dental fear and a history of sexual violence victimisation. *Int J Dent* [Internet]. 2015 [cité 19 juin 2020];2015. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4309219/>
72. Pohjola V, Lahti S, Vehkalahti MM, Tolvanen M, Hausen H. Association between dental fear and dental attendance among adults in Finland. *Acta Odontol Scand*. août 2007;65(4):224-30.

73. Sohn W, Ismail AI. Regular dental visits and dental anxiety in an adult dentate population. *J Am Dent Assoc.* janv 2005;136(1):58-66; quiz 90-1.
74. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health.* janv 2007;7:1.
75. Armfield JM, Slade GD, Spencer AJ. Dental fear and adult oral health in Australia. *Community Dent Oral Epidemiol.* juin 2009;37(3):220-30.
76. Liu Y, Huang X, Yan Y, Lin H, Zhang J, Xuan D. Dental fear and its possible relationship with periodontal status in Chinese adults: a preliminary study. *BMC Oral Health.* janv 2015;15(1):18.
77. Rosen JC, Compas BE, Tacy B. The relation among stress, psychological symptoms, and eating disorder symptoms: a prospective analysis. *Int J Eating Disord.* 1993;14(2):153-62.
78. Qin H-Y, Cheng C-W, Tang X-D, Bian Z-X. Impact of psychological stress on irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* oct 2014;20(39):14126-31.
79. Giraudeau F. Quels sont les troubles digestifs liés au stress? | Santé CeRen® [Internet]. CeREN ®. 2018 [cité 19 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.training-neuro-sensoriel.fr/quels-sont-troubles-digestifs-lies-au-stress/>
80. Han KS, Kim L, Shim I. Stress and Sleep Disorder. *Exp Neurobiol.* déc 2012;21(4):141-50.
81. Singh LK, Pang X, Alexacos N, Letourneau R, Theoharides TC. Acute immobilization stress triggers skin mast cell degranulation via corticotropin releasing hormone, neurotensin, and substance P: A link to neurogenic skin disorders. *Brain Behav Immun.* sept 1999;13(3):225-39.
82. Gordon M. La santé au bout des dents. *L'Explorateur*, 15(3), 37-39. 2005
83. Brosky ME, Keefer OA, Hodges JS, Pesun IJ, Cook G. Patient perceptions of professionalism in dentistry. *Journal of Dental Education.* 2003;67(8):909-15.
84. Jacobs KW, Suess JF. Effects of four psychological primary colors on anxiety state. *Percept Mot Skills.* août 1975;41(1):207-10.
85. RACZ. B. Comment voir son cabinet dentaire . *Clinic.* 1997;18:617-20.
86. RACZ. B. Comment voir son cabinet dentaire. *Clinic.* 1998;19:29-33.
87. Pannequin P. 10 bonnes résolutions déco 2018 pour votre cabinet dentaire [Internet]. LEFILDENTAIRE magazine dentaire. 2018 [cité 26 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.lefildentaire.com/articles/conseil/bien-etre/dix-bonnes-resolutions-deco-2018-pour-votre-cabinet-dentaire/>
88. Motalebi, G, Vojdanzadeh L. Effect of physical environmental of medical space in

- reducing patient's anxiety and stress (case study : a dental office). *Honar-Ha-Ye-Ziba: Memary Va Shahrsazi* janv 2015;20(2):35-46.
89. Bare LC, Dundes L. Strategies for combating dental anxiety. *J Dent Educ.* nov 2004;68(11):1172-7.
 90. Singh S, Gambhir RS, Singh G, Sharma S, Kaur A. Noise levels in a dental teaching institute - A matter of concern! *J Clin Exp Dent.* juill 2012;4(3):e141-5.
 91. Mejía-Rubalcava C, Alanís-Tavira J, Mendieta-Zerón H, Sánchez-Pérez L. Changes induced by music therapy to physiologic parameters in patients with dental anxiety. *Complement Ther Clin Pract.* nov 2015;21(4):282-6.
 92. Lamendin H, Toscano G, Requirand P. Phytothérapie et aromathérapie buccodentaires. *Encycl Med Chir (Paris), chirurgie orale et maxillofaciale*, [22-015-A-10], 2004.
 93. Watanabe E, Kuchta K, Kimura M, Rauwald HW, Kamei T, Imanishi J. Effects of bergamot (*Citrus bergamia* (Risso) Wright & Arn.) essential oil aromatherapy on mood states, parasympathetic nervous system activity, and salivary cortisol levels in 41 healthy females. *Forsch Komplementmed.* 2015;22(1):43-9.
 94. Kritsidima M, Newton T, Asimakopoulou K. The effects of lavender scent on dental patient anxiety levels: a cluster randomised-controlled trial. *Community Dent Oral Epidemiol.* févr 2010;38(1):83-7.
 95. Hannel-Brzozowska A. Université Pédagogique de Cracovie, Pologne. La communication non-verbale et paraverbale -perspective d'un psychologue-. 2008;10. *Synergies Pologne* n°5.
 96. La thérapie cognitivo-comportementale Guide d'information [Internet]. Rector NA. Disponible sur: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:9dwzml3d5IJ:https://www.amh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/cbt-guide-fr.pdf+%&cd=7&hl=fr&ct=clnk&gl=fr>
 97. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev.* janv 2006;26(1):17-31.
 98. Klassen JA, Liang Y, Tjosvold L, Klassen TP, Hartling L. Music for pain and anxiety in children undergoing medical procedures: a systematic review of randomized controlled trials. *Ambul Pediatr.* avr 2008;8(2):117-28.
 99. Yu-Kyoung Kim, Soung-Min Kim, Hoon Myoung. Musical intervention reduces patients' anxiety in surgical extraction of an impacted mandibular third molar. *J Oral Maxillofac Surg* 2011;69(4):1036-45.
 100. Corah NL, Gale EN, Pace LF, Seyrek SK. Relaxation and musical programming as means of reducing psychological stress during dental procedures. *J Am Dent Assoc.* août 1981;103(2):232-4.

101. Furman E, Jasinevicius TR, Bissada NF, Victoroff KZ, Skillicorn R, Buchner M. Virtual reality distraction for pain control during periodontal scaling and root planing procedures. *J Am Dent Assoc.* déc 2009;140(12):1508-16.
102. Hoffman HG, Garcia-Palacios A, Patterson DR, Jensen M, Furness T, Ammons WF. The effectiveness of virtual reality for dental pain control: a case study. *Cyberpsychol Behav.* août 2001;4(4):527-35.
103. Deci EL, Koestner R, Ryan RM. A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. *Psychol Bull.* nov 1999;125(6):627-68; discussion 692-700.
104. Carton. La respiration diaphragmatique. [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: http://www.cscp.umontreal.ca/documents/Carton_Respiration_diaphragmatique_F.pdf
105. Centre pour la santé mentale en milieu de travail. Exercice - Relaxation musculaire progressive. [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: https://www.strategiesdesantementale.com/pdf/exercices/Relaxation_musculaire_progressive.pdf
106. Conrad A, Roth WT. Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how? *J Anxiety Disord.* 2007;21(3):243-64.
107. Passeport Santé. Visualisation et imagerie mentale [Internet]. 2012 [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: https://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=visualisation_th
108. Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG. A 10-year follow-up of patients treated for dental fear. *Scand J Dent Res.* févr 1990;98(1):53-9.
109. de Jongh A, Muris P, ter Horst G, van Zuuren F, Schoenmakers N, Makkes P. One-session cognitive treatment of dental phobia: preparing dental phobics for treatment by restructuring negative cognitions. *Behav Res Ther.* nov 1995;33(8):947-54.
110. Institut Français d'Hypnose Humaniste & Hypnose Ericksonienne (IFHE). Quelle différence entre l'Hypnose Classique et la Nouvelle Hypnose? [Internet]. 2010 [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: <https://hypnose-ericksonienne.com/fr/difference-entre-l%e2%80%99hypnose-traditionnelle-et-la-nouvelle-hypnose/>
111. Institut Français d'Hypnose. Hypnose Ericksonienne [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.hypnose.fr/hypnose/hypnose-ericksonienne/>
112. Site officiel de l'Organisation mondiale de la Santé [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr>
113. Gazal G, Mackie IC. Distress related to dental extraction for children under general anaesthesia and their parents. *Eur J Paediatr Dent.* mars 2007;8(1):7-12.

114. Farhat-McHayleh N, Harfouche A, Souaid P. Techniques for managing behaviour in pediatric dentistry: comparative study of live modelling and tell-show-do based on children's heart rates during treatment. *J Can Dent Assoc.* mai 2009;75(4):283.
115. Wright FA, Giebartowski JE, McMurray NE. A national survey of dentists' management of children with anxiety or behaviour problems. *Aust Dent J.* oct 1991;36(5):378-83.
116. PhD HAF, PhD KDA, BA HO, DDS JBD, DDS BH, PhD SH. The use of choice-based distraction to decrease the distress of children at the dentist. *Child Fam Behav Ther* janv 2005;26(4):59-68.
117. van der Sluis CM, van Steensel FJA, Bögels SM. Parenting and children's internalizing symptoms: how important are parents? *J Child Fam Stud.* 2015;24(12):3652-61.
118. Pickrell JE, Heima M, Weinstein P, Coolidge T, Coldwell SE, Skaret E, et al. Using memory restructuring strategy to enhance dental behaviour. *Int J Paediatr Dent.* nov 2007;17(6):439-48.
119. Weaver JM. Why is physical restraint still acceptable for dentistry? *Anesth Prog.* 2010;57(2):43-4.
120. Brunt L, Wright B. Restrain or refer? *Br Dent J.* janv 2006;200(1):2-3.
121. Greenbaum PE, Turner C, Cook EW, Melamed BG. Dentists' voice control: effects on children's disruptive and affective behavior. *Health Psychol.* 1990;9(5):546-58.
122. Davies EB, Buchanan H. An exploratory study investigating children's perceptions of dental behavioural management techniques. *Int J Paediatr Dent.* juill 2013;23(4):297-309.
123. Muster D, Valfrey J, Kuntzmann H. Médicaments psychotropes en stomatologie et en odontologie. *Encycl Med Chir (Paris), Médecine buccale*, [28-555-C-10], 2008.
124. Haute Autorité de Santé. Guide affection de longue durée. Affections psychiatriques de longue durée, troubles anxieux graves. [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
125. Berthet A, Droz D, Manière M-C, Naulin-Ifi C, Tardieu C. Le Traitement de la Douleur et de l'Anxiété chez l'Enfant. Quintessence Internationale, 2006. Disponible sur: <https://www.quintessence-international.fr/product-page/le-traitement-de-la-douleur-et-de-l-anxiété-chez-l-enfant>
126. Thiel H. Pharmacologie et thérapeutique en anesthésie: pharmacologie générale et spécifique pour l'anesthésie, la réanimation chirurgicale, les urgences et le traitement de la douleur. Paris: Médecine Sciences Publications; 2006.
127. Dureuil B. La prémédication en 2015 chez l'adulte. :20. Disponible sur : <https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/la-premedication-en-2015-chez-l-adulte-36-dureuil-1442328891.pdf>

128. Euréka Santé. HYDROXYZINE BIOGARAN -VIDAL [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: <https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-gp6390-HYDROXYZINE-BIOGARAN.html>
129. ANSM: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé Réévaluation des médicaments à base d'hydroxyzine et des médicaments à base de codéine utilisés chez l'enfant, retour d'information sur le PRAC de février 2015 - Point d'information [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Travaux-de-l-Agence-Europeenne-des-Medicaments-EMA-Comite-pour-l-evaluation-des-risques-en-matiere-de-pharmacovigilance-PRAC/Reevaluation-des-medicaments-a-base-d-hydroxyzine-et-des-medicaments-a-base-de-codeine-utilises-chez-l-enfant-retour-d-information-sur-le-PRAC-de-fevrier-2015-Point-d-information>
130. Masson E. Les benzodiazépines [Internet]. EM-Consulte. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/285682/addictions-aux-benzodiazepines-prevalence-diagnost>
131. Vidal. Benzodiazépines et substances apparentées: hausse de la consommation en 2012 [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: https://www.vidal.fr/actualites/13534/benzodiazepines_et_substances_apparentees_hausse_de_la_consommation_en_2012/
132. Stanley Malamed. Sedation- A guide to Patient Management. Vol. 5. 2009. 624 p. Disponible sur: <https://www.elsevier.com/books/sedation/9780323056809>
133. Haas DA. Oral sedation in dental practice. 2015;8. Disponible sur: <https://www.globalbeautyllc.com/wp-content/uploads/2016/09/oral-sedation.pdf>
134. Kuscu OO, Sandalli N, Caglar E, Meechan JG. Use of pre-injection diffusion of local anaesthetic as a means of reducing needle penetration discomfort. Acta Stomatol Croat. sept 2014;48(3):193-8.
135. St George G, Morgan A, Meechan J, Moles DR, Needleman I, Ng Y, et al. Injectable local anaesthetic agents for dental anaesthesia. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 10 juill 2018 [cité 27 juin 2020];2018(7). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513572/>
136. Société Française de Pharmacologie et de Thérapeutique. Anesthésiques locaux: Les points essentiels [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/42-2>
137. Philippart F. La sédation consciente au mélange protoxyde d'azote/oxygène en odontologie. Douleurs 2006;7(5):252-255.
138. Annequin D. MEOPA: Mélange équimoléculaire oxygène protoxyde d'azote – PEDIADOL [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: <https://pediadol.org/meopa-melange-equimoleculaire-oxygene-protoxyde-dazote/>

139. Collado V, Hennequin M, Faulks D, Mazille M-N, Nicolas E, Koscielny S, et al. Modification of behavior with 50% nitrous oxide/oxygen conscious sedation over repeated visits for dental treatment a 3-year prospective study. *J Clin Psychopharmacol.* oct 2006;26(5):474-81.
140. Peretz B, Katz J, Zilburg I, Shemer J. Response to nitrous-oxide and oxygen among dental phobic patients. *Int Dent J.* févr 1998;48(1):17-23.
141. McCracken G, Houston P, Lefebvre G, Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Guideline for the management of postoperative nausea and vomiting. *J Obstet Gynaecol Can.* juill 2008;30(7):600-7, 608-16.
142. Biro P, Seifert B, Pasch T. Complaints of sore throat after tracheal intubation: a prospective evaluation. *Eur J Anaesthesiol.* avr 2005;22(4):307-11.
143. Haute Autorité de santé. Indications et contre-indications de l'anesthésie générale pour les actes courants d'odontologie et de stomatologie [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: https://www.o-rares.com/medias/fichiers/has_anesthesie_odonto.pdf
144. Brahm C-O, Lundgren J, Carlsson SG, Nilsson P, Corbeil J, Hägglin C. Dentists' views on fearful patients. *Problems and promises. Swed Dent J.* 2012;36(2):79-89.
145. Organisation mondiale de la Santé. La santé est un droit humain fondamental [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/fr/>

Table des illustrations :

Figure 1: Le Martyre de Sainte Apollonia, autel des Onze-Mille-Vierges (1513), Münster von Heilsbronn (église abbatiale de Heilsbronn), Heilsbronn, Bavière, Allemagne.	11
Figure 2: Instruments dentaires d'Ambroise Paré	12
Figure 3: Le grand Thomas sur le Pont-Neuf. BN Estampes	13
Figure 4: Le dentiste par VILLAIN 1825. BN Estampes	13
Figure 5: "La vie de bagnard d'un métropolitain à Kourou" de Yvern	15
Figure 6: "les dentistes" Bercovici Cauvin	15
Figure 7 : "Spirou et les Hommes-Bulles" Jean Roba et André Franquin.....	16
Figure 8: "Adèle Blanc-Sec: le mystère des profondeurs" Jacques Tardi	16
Figure 9: "Pauvre, pauvre Lampil!" Journal de Spirou. LAMBIL.....	16
Figure 10 : « Les aventures de Korrigan: l'arracheur de dents"	17
Figure 11 : " The Dentist" Brian Yuzna	18
Figure 12 : "Little shop of horrors" Franck Oz	18
Figure 13 : "Marathon man" John Schlesinger	18
Figure 14 : "The Root of the problem" Gregory Tripi	19
Figure 15 : "Dental anxiety Scale" Corah.....	22
Figure 16: "Modified Dental Anxiety Scale"	23
Figure 17: "Dental Fear Survey"	24
Figure 18: "Index of Dental Anxiety and Fear"	25
Figure 19: "The child Fear Survey Schedule Dental Subcale.....	28
Figure 20: "Modified Child Dental Anxiety Scale"	29
Figure 21: "The Facial Image Scale"	29
Figure 22: Distribution of dental anxiety categories by age group.....	31
Figure 23 : Cognitive vulnerability Model of the elicitation of a fear response to dental stimuli	34
Figure 24 : : Model of vicious cycle of dental fear selon Armfield, J.M., Stewart, J.F. & Spencer, A.J.	38

HUGNET (Marine) – Origine de la peur face aux soins dentaires, représentations et recommandations actuelles sur la prise en charge du patient anxieux ou phobique. – 65 f ; ill. ; tabl. ; 145 réf. ; 30 cm (Thèse : Chir. Dent ; Nantes ; 2021)

RÉSUMÉ

Les patients anxieux et phobiques redoutent de se rendre au cabinet dentaire et renoncent aux soins, malgré les progrès de la dentisterie. Cette détresse psychologique peut mener à un niveau de santé bucco-dentaire médiocre nécessitant alors des soins plus onéreux et surtout plus invasifs. De fait, de tels actes accentuent la crainte que peut ressentir notre patient.

Dans la gestion de la peur, un large éventail de solutions existe, pouvant mêler approches psychologiques et pharmacologiques. Une prise en charge adaptée, basée sur l'empathie et sur une approche systématique, permet de traiter efficacement les patients les plus anxieux.

RUBRIQUE DE CLASSEMENT : Santé publique

MOTS CLÉS MESH :

- Dental anxiety – phobie des soins dentaires
- Communication – Communication
- Etiology – Etiologie
- Psychotherapy – Psychothérapie
- Guidelines -Recommandation

JURY

Président : Professeur Soueidan A.

Assesseur : Docteur Enkel B.

Assesseur : Docteur Dajeau-Trutaud S.

Assesseur: Docteur Jordana F.

Directeur : Docteur ENKEL B.

ADRESSE DE L'AUTEUR

22 rue champenois 44000 NANTES

marinehugnet@hotmail.com